Nr. 12 21. marca 1926 Rok V.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Emil STEFEK, asystent kliniki. Lwów.

Proteinoterapja wrzodu żołądka i dwunastnicy *).

Z kliniki lekarskiej U. J. K.
Dyrektor: Prof. Dr. Rencki.

Problem leczenia wrzodu żołądka i dwunastnicy ze względów społecznych staje się sprawą ważną, jeżeli zważymy, iż częstość tego schorzenia w dobie powojennej znacznie się zwiększyła, a nadto długotrwały czas leczenia dietetycznego nie we wszystkich przypadkach można przeprowadzić. Przyzna każdy, iż dotychczasowe leczenie w większości przypadków było krótkoterminowe, gdyż ani zabieg chirurgiczny, ani też leczenie wewnętrzne nie zapobiegało nawrotom, a główne ich objawy „bole" mimo ścisłej diety i wyczerpania całego arsenału środków farmaceutycznych przyprawiały chorego i lekarza o wielką troskę.

Zalecanie zabiegu operacyjnego w podobnych przypadkach, jeżeli nie zachodzi groźne krwawienie, lub znaczne zmiany anatomiczne, nie osiąga celu, gdyż widzieliśmy chorych, którzy po dłuższej walce, zgodziwszy się na operację, jako bezwzględny środek uwolnienia się od cierpień dotychczasowych, po dłuższym lub krótszym okresie czasu, zjawiają się u lekarza z temi samemi dolegliwościami, które zmusiły ich do szukania pomocy chirurgicznej. Zabieg operacyjny bowiem usuwa jedynie miejsce schorzałe, nie ma wpływu na istotną przyczynę, wywołującą schorzenie, i dlatego leczenie nasze, jak dotąd, jest tylko objawowe. Idealnym sposobem leczenia byłoby usunięcie względnie zwalczanie tej nieznanej przyczyny, która usposabia do powstawania wrzodu czyli, jak ogólnie stan ten określamy, mianem małowartościowości błony śluzowej lub usposobieniem konstytucjonalnem do schorzeń podobnych. Doprowadzić do zabliźnienia się wrzodu w krótkim okresie czasu przez bodźce, któreby pobudziły przewlekle zapalną tkankę do odnowy stało się dewizą dążności leczniczych czasów ostatnich. W tym duchu postępowania, podana przez Biera metoda, wzniecenia reakcji ogniskowej przez wstrzykiwanie białka, została praktycznie wykorzystana przez Schmidta, który w niektórych postaciach gastralgji, stosując tuberkulinę, otrzymywał znaczną poprawę. Stosowanie proteinoterapji sięga dość daleko wstecz, posiadało jednak charakter chaotyczny, nieumiejąc wytłumaczyć zjawisk, zachodzących w organiźmie i przypisywano wprowadzonym ciałom białkowym pewne swoiste własności lecznicze w przebiegu określonych postaci. Dziś, z chwilą rozwoju nauk biologicznych, zastosowanie preparatów białkowych pozajelitowo wprowadzanych, znalazło pewną podstawę wytłumaczenia naukowego, które po teoretycznych wywodach Weichardta, uzyskało szerokie zastosowanie praktyczne przez Schmidta, Saxla, i innych. Jednakże, mimo liczne prace w tym kierunku, istota pewnych zmian, odbywających się w ogniskach schorzałych, pozostaje pod znakiem fantazyjnych teorji, których rozwiązanie leży w pracy przyszłości. Postępując, w myśl wywodów Weichardta, dążeniem lecznictwa jest podniesienie zdolności żywotnych schorzałych komórek, a jest to możliwe jedynie przy osobniczem dawkowaniu bodźców, które jak słusznie Zimmer podnosi, jest ogólną podstawą leczenia, a protoineterapji w szczególności. I w tym kierunku lecznictwo białkowe, doznało pewnych modyfikacji. Opierając się bowiem na spostrzeżeniach klinicznych, przekonano się, iż do wyniku leczniczego nie jest konieczną gwałtowna reakcja ogólna przez zastosowanie wielkich dawek bodźców — umiejętne zastosowanie małych dawek zależnie od wrażliwości oddziaływania organizmu, wywołując odczyny ogniskowe prowadzi również do następowego gojenia się sprawy chorobowej. Uwzględniając historyczny rozwój leczenia preparatami białka, które w dzisiejszej dobie znalazło szerokie pole zastosowania w każdej niemal gałęzi med. klin., zwrózastosowania w każdej niemal gałęzi medycyny klinicznej, zwróciliśmy się w pierwszym rzędzie do mleka — 1⁰, jako preparatu macierzystego, na którem białkolecznictwo rozwinęło się we wszystkich najdrobniejszych szczegółach swego działania, — 2⁰, iż doświadczenia zebrane w odniesieniu do działania ogólnego i ogniskowego stale przebiegają typowo, stosując od lat 5-ciu wypracowane dawkowanie podane przez Renckiego, Schmidta i in. — 3⁰, ponieważ mleko jest najłatwiej dostępnem dla każdego, najtańszem i w składzie mniej więcej stale niezmienionem. Wstrzykiwania zaczynaliśmy od dawek małych, począwszy od 1 cm^3, stosując w miarę przebiegu słabej reakcji dawki większe o 0·5 cm do 1·5 cm^3, gdyż przy podawaniu tychsamych ilości, występują w ustroju objawy przyzwyczajenia się bezreakcyjnego, niemającego żadnego wpływu leczniczego. Ze względu na mogące wystąpić groźne objawy uczulenia ogólnego, wykonywanie następnych wstrzykiwań uskuteczniać należy w krótkich odstępach czasu mniej więcej 48 godzin po ustąpieniu oddziaływania ogólnego. Niektórzy autorowie, jak Weichardt, biorąc wzgląd ten pod uwagę, radzą podawać aolan, jako preparat, przy którym niebezpieczeństwo anafilaksji jest najmniejsze. Na 97 naszych przypadków wrzodów żołądka i dwunastnicy 695 wstrzyknięć wśródmięśniowych mleka w dawkach nieraz bardzo wielkich, w jednym jedynym przypadku po czwartem wstrzyknięciu wystąpiły objawy wstrząsu ogólnego u mężczyzny 43-letniego, krótko jednakże trwające, po przejściu których bole i uczucie zgagi ustąpiły, mimo iż badana treść żołądkowa wykazywała wartości od HCl 50% wyższe, aniżeli przed rozpoczęciem leczenia. Jak widzimy, niebezpieczeństwo wstrząsu anafilaktycznego ogólnego przy zastosowaniu mleka jest znacznie mniejsze aniżeli przy innych preparatach białkowych np. cazeinie. I jak z jednej strony w przeprowadzaniu leczenia staramy się uniknąć objawów ogólnego uczulenia (anafilaksji), tak z drugiej dążymy do wywołania tychże objawów w ognisku schorzałem (Pribram). Wiemy bowiem, iż stosując małe dawki, niewywołujące nawet działania ogólnego, tkanki ustroju uczulają się na białko stosowane, a ponieważ zmienione chorobowo są wrażliwsze na wszelkie bodźce, przeto po powtórnem wstrzyknięciu tego samego białka w dawce większej, występują w miejscu schorzenia gwałtowne objawy zaostrzenia się sprawy chorobowej, które zwykliśmy określać mianem reakcji ogniskowej. Jakie procesy w przebiegu tego zjawiska zachodzą, możemy jedynie przypuszczać z analogicznie przebiegających objawów w tkankach dostępnych naszej obserwacji np. w skórze, a które określamy zjawiskiem rozdmuchania, drzemiącego stanu zapalnego. Zmiany, zachodzące w surowicy krwi pod postacią wzmożonej ilości fermentów, globulin, a następnie albumin, przeciwciał etc. w okresie przebiegu reakcji ogniskowej wskazują, iż odbywają się w ustroju nietylko procesy wzmożonej czynności, lecz również i rozpadu — zjawiska, które stoją w ścisłym związku z działalnością kierowniczą układu wegetatywnego (roślinnego). W powyższych czynnościach niezachodzą więc zmiany czysto fizyko-chemiczne, ale procesy odbywające się w samych komórkach, które nie jakościowo, ale ilościowo wzmagają swą działalność. Mając powyższe zjawiska na uwadze, z rozmiarów oddziaływania ogniskowego i stanu podmiotowego chorego, musimy ocenić korzyści stosowania danej metody leczniczej, które w przypadkach daleko posuniętych zmian chorobowych nietylko pozostaną bez dodatniego wpływu na proces gojenia się, lecz, przedłużając bezkrytycznie tzw. leczenie, sprowadzić mogą katastrofę. Przy łożu chorego wszystkie objawy wyników leczenia należy rozsądnie oceniać i do swych zamierzonych celów praktycznie wykorzystać, a nie postępować szablonowo, chcąc wydostać od organizmu tego, czego już dać nam nie jest w stanie. Tem, zdaje się, należy tłumaczyć tak wielkie przeciwieństwo wyników w ocenie wartości proteinoterapji wrzodu żołądka i dwunastnicy. Główny punkt sporny w proteinoterapji leży w określeniu wielkości zastosowania dawki działającej dodatnio, któraby, niezwiększając istniejącego zaburzenia równowagi w czynnościach komórek chorobowo zmienionych, sprowadziła stan tzw. bijotonji w znaczeniu Verworna t. j. równowagę między procesami a i dyssymilacyjnemi. A ponieważ wielkość zastosowanego bodźca nie leży jedynie w ramach wielkości zaaplikowanej dawki danego preparatu, ile w konstytucji organizmu według Kämmerera, zalecane jest ścisłe indywidualizowanie przyp., by nie rozdmuchać drzemiących ognisk w narządach innych. Drugą sprawę sporną stanowi punkt działania produktów rozpadu wprowadzonych ciał białkowych, gdyż w tej tylko postaci możemy zrozumieć, zjawiska, zachodzące w organiźmie. Jedni, których głównym przedstawicielem jest Pribram, przyjmują bezpośrednie działanie drażniące na komórki schorzałe, które pod wpływem doprowadzonego bodźca rozwijają swą czynność regeneracyjną, a w dalszym planie, wywołując objawy wstrząsu anafilaktycznego naczyniowego w ognisku schorzałem, prowadza do rozszerzenia naczyń krwionośnych w znaczeniu Biera —

*) Według odczytu wygłoszonego w skróceniu na Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Warszawie w lipcu 1925.

ułatwiając proces gojenia się wrzodu. Drudzy, jak Glaser, Koller, Pollak etc., przyjmując tło etjologiczne nerwowe wrzodów żołądka i dwunastnicy, wskutek zmian w ośrodkach nerwów wegetatywnych lub też włóknach nerwowych tychże, widzą punkt zaczepienia działania białkowego bezpośrednio na schorzałe miejsca systemu wegetatywnego, które w miarę gojenia się spraw chorobowych w tymże systemie się toczących, prowadzą do ustania tych wszystkich objawów, jakie wrzody żołądka i dwunastnicy wywołują. I jeśli głębiej wglądniemy w zjawisko anafilaksji w tłumaczeniu Pribrama, trudno nieprzyjąć wpływu bezpośredniego układu roślinnego w ustaniu skurczów naczyniowych i wywołaniu przekrwienia. Nie we wszystkich jednak przypadkach stan tego przekrwienia możemy wywołać, albowiem znacznie posunięte zmiany zapalno-degeneracyjne w układzie roślinnym na bodźce oddziaływać nie mogą, a co zatem idzie i sprawa gojenia się wrzodów żołądka czy dwunastnicy pozostaje bez wyniku dodatniego. W ostatnich czasach Katzenstein, Koller i Einstein wykazali, iż u chorych na okrągły wrzód żołądka ilość antipepsyny we krwi wykazuje stale mniejsze wartości, aniżeli u zdrowego i ten właśnie niestosunek między zawartością pepsyny w treści żołądkowej, a antipepsyny w ścianach żołądka uważają za przyczynę powstawania wrzodów żołądka. Zdaniem ich nowoproteina i inne substancje białkowe działają pobudzająco na zwiększanie się t. zw. antipepsyny we krwi, wskutek czego także odporność ścian żołądka, a co zatem idzie, działanie pepsyny na zmieniona tkankę jest słabsze. W ten sposób rozumując, tłumaczą sobie zadziwiajace dodatnie wyniki przetaczania krwi w przebiegu wrzodu żołądka, jakie otrzymywali Enderlen i Clairmont. Fakt ten mógłby, zdaniem autorów, posłużyć za miarę oceny dodatniego działania substancyj białkowych w przebiegu wrzodu żołądka i prowadzenie dalszego leczenia białkowego, gdy organizm oddziaływa zwiększonemi wartościami antipepsyny we krwi lub też zaprzestać, gdy reakcji tej nie mamy. Gruca na podstawie swych doświadczalnych obserwacyj nad zawartością antipesyny we krwi po wprowadzeniu pozajelitowo pepsyny wykazuje, iż wynik działania nie jest trwały, ecz przejściowy, posiada charakter zjawiska dwufazowego, doprowadzając w końcu do stanu pierwotnego, jaki wystąpił wskutek zaburzenia równowagi w zawartości obu tych ciał w ustroju pod wpływem nieznanych nam czynników, prowadzących do postawania wrzodu. Inni autorowie, jak Moszkowicz, twierdza, iż metaplazje nabłonka w przebiegu spraw zapalnych błony śluzowej żołądka są głównemi ogniskami pierwotnych zmian, prowadzących do powstawania wrzodów. Przypuścić jednak należy, iż metaplazje nabłonka błony śluzowej, jakie spotykamy w przebiegu wrzodu należałoby uważać za objaw zmian wtórnych, które dopiero z biegiem rozwijania się wrzodu, lub długotwałego stanu zapalnego błony śluzowej mogą występować, czego dowodem są wyżej wspomniane zmiany w błonie śluzowej żołądka przy istniejącym wrzodzie dwunastnicowym (Kalima). Nadmierne wydzielanie soku żołądkowego i jego wysoka zawartość wolnego kwasu solnego jest nie wynikiem istnienia wrzodu i na tem tle rozwijającego się stanu zapalnego błony śluzowej, ale stanem nadmiernego napięcia układu autonomicznego, którego wyrazem początkowym są objawy zmian wydzielniczych, a następnie anatomicznych. Stany patologiczne w układzie roślinnym mogą być elektywne i wywoływać w błonie śluzowej zmiany anatomiczne, wydzielnicze lub motoryczne zależnie od umiejscowienia zmian zapalnych w poszczególnych ogniskach centralnych lub drogach obwodowych systemu wegetatywnego, które różnią się od obrazów zbiorowych spostrzeganych przy podrażnieniu doświadczalnem układu para czysympatycznego w całości. Przypuścić więc można iż podobna metaplazja ogniskowa komórek jest zjawiskiem wtórnem na tle zmian w układzie wegetatywnym. Układ ten, mający tak dominujący wpływ na wszelkie przejawy życia ustroju, może wskutek zmian w nim zachodzących pod wpływem krążących bliżej nam nieznanych szkodników wywoływać sprawy zapalne, w narządach, a które do dziś zwykle uważaliśmy za bezpośrednie działanie toksyn na dany narząd. Badania Volhardta ostatniej doby dowiodły, iż w powstawaniu ostrych spraw zapalnych nerek, w przebiegu płonicy i t. zw. zaziębień system wegetatywny nerek i skóry wskutek swej nadmiernej wrażliwości, posiada wpływ dominujący (sympaticotonia). Z drugiej strony wiemy, że niektóre ciężkie schorzenia owrzodzeniowe skóry i błon śluzowych zwłaszcza jamy ustnej, które po dotychczasowem leczeniu objawowem dawały wyniki zbyt problematyczne, dziś jedne po sympaticotomii, drugie po proteinoterapji leczą się szybko, a to dzięki umiejętnemu zastosowaniu odpowiednich bodźców na drodze odruchowej systemu roślinnego, sprowadzających w danych odcinkach chorobowych większe przekrwienie — przyśpieszające proces gojenia. Powyższe zjawiska są również wymownym dowodem, iż pewne zmiany chorobowe, zachodzące w układzie wegetatywnym, były przyczyną powstania zmian w skórze czy błonie śluzowej, po których usunięciu objawy chorobowe ustąpiły. I z każdej dziedziny patologji moglibyśmy przytoczyć znaczną ilość podobnych przykładów na dowód, iż przyczyny zmian odbywających się w skórze, błonach śluzowych, czy narządach miąższowych należy szukać nie w miejscu schorzenia danej tkanki, ale dalej w układzie roślinnym, a nawet gruczołach dokrewnych, które wszelkimi przejawami życia komórkowego bezsprzecznie zawiadują.

I w naszych przypadkach wrzodów żoładka i dwunastnicy badaliśmy systematycznie układ roślinny, stwierdzając w 80% znamiona tej nadwrażliwości autonomicznej, którą Hess i Eppinger określili jako wagotonję. Wszystkich cech jednak podawanych przez autorów, wskazujących na nadmierną pobudliwość względnie zwiększone napięcie układu parasympatycznego w całości, niespotykamy, ale najczęściej obserwujemy pojedyncze objawy silniej zaznaczone np. wzmożone ślinienie lub zwolnienie tętna, pocenie się lub uczucie zgagi i t. d., które wskazują, iż nie wszystkie odcinki nerwu błędnego są w stanie zwiększonej pobudliwości. Mając szczegół ten na uwadze musimy przy badaniu wagotonji zważać na wszystkie poszczególne objawy i wyróżnić jeden lub kilka, które u danego osobnika wybitniej występują, a odsetek wagotoników u autorów wykazujących niezawisłość zmian owrzodzeniowych żołądka i dwunastnicy od układu roślinnego — znacznie wzrośnie. Gruczoły o wewnętrznem wydzielaniu zajmują specjalne miejsce w łańcuchu systemu roślinnego, gdyż jak z jednej strony produkta ich wydzielania działają hamująco lub pobudzająco na system nerwowy tak z drugiej system wegetatywny ma ścisły wpływ na czynność wydzielniczą tychże gruczołów. Biorąc pod uwagę całokształt objawów klinicznych, wykazujących w 75% typowe znamiona wagotoniczne, a w 25% współczulne, trudno oprzeć się przekonaniu, po uwzględnieniu poprzednio wspomnianych dowodów i zmian anatomicznych, wywołanych przez układ wegetatywny, czy też ów tajemniczy system nerwowy w łączności z gruczołami dokrewnemi nie jest przyczyna powstawania wrzodów żołądka i dwunastnicy, lub, jak to inni mianują — małowartościowości błony śluzowej. Znamiona nadmiernej wrażliwości układu wegetatywnego, jaki stwierdziliśmy w przeważnej większości naszych chorych, wskazują, iż przyczyny, usposobiającej do powstawania wrzodów szukać należy, jeśli nie bezpośrednio w tej części układu nerwowego, to w każdym razie w gruczołach o wewnętrznem wydzielaniu, których zmiana czynności wywołuje pewne objawy kliniczne, jakie się stwierdza w przebiegu niektórych przypadków wrzodu. Gruczoł tarczykowy, jak to Eppinger wykazał, zawiadując gospodarstwem chloru i nadmierna czynność tego gruczołu prowadzi stale do hyperchloraemji, w następstwie czego pojawia się nadkwaśność soku żołądkowego, co zostało, potwierdzone badaniami Boennheima, Mollnara, Hateny'ego i Leista. Hayashi, karmiąc psy tarczycą, u których wrzodów żołądka niespotykamy zdołał wywołać liczne owrzodzenie krwawiące i bezkrwawe błony śluzowej żołądka. Finzi wyraźnie podnosi w swych doświadczeniach na psach i królikach, że uszkodzenia bł. śl. żołądka przy równoczesnej dysfunkcji nadnerczy, mimo wszelkie próby doprowadzenia ich do zagojenia, nie goiły się. Łatwość gojenia się bardzo znacznych ubytków błony śluzowej sztucznie wywołanych, sięgających do otrzewnej, mimo usztywnienia brzegów, podnosi Hilarowicz. Trudność gojenia się podobnych uszkodzeń błony śluzowej żołądka przy równoczesnej niedostatecznej czynności nadnerczy podnoszą również Pende i Friedmann. Finzi w 5 przypadkach wrzodu żołądka, których gojenie się przy zastosowaniu wszelkich dotychczasowych środków stało się bezcelowe, na stole sekcyjnym znalazł zmiany w nadnerczach. Częstość występowania wrzodów u niewiast w okresie pokwitania i zaostrzenie sprawy chorobowej podczas miesiączki, wskazują niezbicie na związek przyczynowy z gruczołami dokrewnemi. I wiele innych przykładów możnaby przytoczyć na istnienie pewnych cech zmian czynności gruczołów dokrewnych w przebiegu wrzodu, które same wskazują, na kierunek szukania przyczyny cierpienia i na zmianę dotychczasową w postępowaniu leczniczem. Wprawdzie Bergmann, twórca teorji roli układu wegetatywnego w powstawaniu wrzodów żołądka, na ostatnim kongresie odrzucił swe dotychczasowe zapatrywania, spodziewamy się jednak, iż z chwilą rozwinięcia pomocniczych metod w ściślejszem badaniu czynności gruczołów dokrewnych i baczniejszych obserwacyj klinicznych, zwróci się do pierwotnych swych zapatrywań, a organoterapja w niejednym przypadku wrzodu żołądka zastąpi dotychczasowe metody leczenia objawowego. W jakiej mierze proteinoterapja wpływa na zmianę czynności gruczołów dokrewnych, a temsamem prawdopodobnie, w myśl poprzednich wywodów, i na sprawę gojenia się wrzodów żołądka, czy dwunastnicy, okażą badania przyszłości.

Najważniejszym objawem zmuszającym chorego do szukania pomocy lekarskiej są bole, niekiedy tak gwałtowne i długotrwałe, nieczułe na wszelkie nasze wewnętrzne leczenia, iż sprawę oddajemy chirurgowi. W 43% naszych przypadków już po kilku wstrzy-

knięciach mleka bole zmniejszały się znacznie, w 17% ustępowały zupełnie. W dniu wstrzyknięcia najczęściej w 6—8 godzin bole wzmagały się, utrzymując się niekiedy przez 5 godzin, poczem zmniejszały się, ograniczając się do krótkotrwałych napadów po następnych wstrzyknięciach, jak również w 3—4 godzin po większym posiłku i to zarówno u chorych pozostających na ścisłej diecie jakoteż mieszanych. W miejsce ogólnego rozbicia i osłabienia, braku łaknienia, nudności i przygnębienia w dniu wstrzyknięcia, najczęściej w 24 godzin występowała ogólna rzeźkość, chęć do życia, pewnego stopnia stan jakby euforji, brak odbijań i bolów, uczucie łaknienia, zjawiska które odnieść musimy do ogólnego działania proteinoterapji.

W 40% przypadków nie widzieliśmy żadnego wpływu mimo ścisłej diety, podawania alkaljów, gorących okładów i bezwzględnego spokoju. Wysuwany przez licznych autorów fakt ustawania bolów, jako najwyraźniejszego dowodu zabliźnienia wrzodu, nie wytrzymuje krytyki, gdyż z doświadczenia wiemy, iż zarówno wrzód żołądka, jak dwunastnicy, posiada okresy niedające żadnych podmiotowych dolegliwości, a mimoto nikt twierdzić nie będzie, iż w okresie tym wrzód uległ wygojeniu. Wiemy dalej, że istnieją wrzody niedające żadnych objawów, a przynajmniej nieznaczne, niezwracające zbytniej uwagi chorego, które ulegają przebiciu, a przecież nie będziemy utrzymywać, iż wrzód wytworzył się nagle, postępując w tak gwałtownym tempie — by w przeciągu kilku godzin doprowadził do przedziurawienia. Nie należy więc utożsamiać objawów działania znieczulającego z wyleczeniem wrzodu żołądka, czy dwunastnicy.

Do tego samego działu odnieść musimy u s t ą p i e n i e o b j a w u z a l e g a n i a s z e ś c i o g o d z i n n e g o t r e ś c i p o k a r m o w e j, które w okresach ustąpienia bolów lub ich zmniejszania się, daje obraz prawidłowego opróżniania żołądka, niekiedy z małem tylko opóźnieniem. Ustanie bolów w zupełności, a przynajmniej w znacznie słabszym stopniu występujące, odnieść należy do ustania skurczów spastycznych mięśniówki żołądka, gdyż jak to dowodnie chirurdzy stwierdzają, błona śluzowa na wszelkie bodźce bolami nie reaguje, a nawet uszkodzenie jej na większej przestrzeni jest bezbolesne. Bezpośrednią przyczyną ustępywania bolów jest zmniejszenie się stanów zapalnych otoczek nerwowych w sąsiedztwie wrzodów się znajdujących, które w pierwszym okresie działania proteinoterapji z powodu reakcji ogniskowej ulegają zaostrzeniu, objawiając się wystąpieniem gwałtownych bolów, następowo stan zapalny uspokaja się i bole ustępują. W obrazie roentgenowskim w okresie zaostrzenia bolów stwierdzić możemy głębokie fale, niekiedy skurcze spastyczne, utrzymujące się czas długi, najczęściej na krzywiźnie dużej naprzeciw miejsca usadowienia wrzodu, kształtem przypominającej żołądek klepsydrowaty„ jako wyraz odruchowego zadrażnienia nerwowego, wskutek zaostrzenia się sprawy zapalnej w otoczeniu wrzodu. W okresie ustawania bolów fale skurczowe stają się coraz płytsze, jak w żołądku prawidłowym w okresie przesuwania się treści pokarmowej ku dwunastnicy. W przypadkach starych wrzodów, gdy włókna nerwowe są obmurowane zbitą tkanką łączną, a otoczki zgrubiałe na kształt neuromatów, w tych przypadkach bole mimo najenergiczniejszego leczenia dietetycznego i tak ogólnie zalecaną! nowoprotiną Pribrama nie ustają i to są właśnie te przypadki uporczywe, które zabiegowi chirurgicznemu podlegać muszą. Z chwilą ustania skurczów napięcie mięśniówki żołądka znacznie się polepsza, a co zatem idzie i stopień odżywienia ulega znacznej poprawie. Zalegania treści kontrastowej, która w niektórych naszych przypadkach w 6—7 godzin wykazywała znaczne ilości baru, po 6—8 stopniowym zwiększaniu dawki mleka wśródmięśniowo zmalała tak znacznie, iż po 4 godzinach ledwie ślady na dnie żołądka zdołaliśmy wykazać.

Odbijania kwaśne, zgaga i wymioty są również główną przyczyną, która sprowadza chorego do lekarza, posiadając okresowość w swem występowaniu, podobnie jak bóle. Ustępują one samoistnie bez najmniejszego leczenia i zjawiają się nieraz nagle wśród ścisłej diety w pierwotnem swem nasileniu, bez jakiejkolwiek przyczyny czy też popełnionego błędu dietetycznego.

Co do wartości kwasowych soku żołądkowego, wykazaliśmy, na co zwraca ostatnio uwagę także F r i e d r i c h, iż zarówno kwasota ogólna, jakoteż kwasota, pochodząca od wolnego kwasu solnego nie ulega żadnej zmianie. Zakładaliśmy zgłębnik dwunastnicowy do żołądka na czas 12 godzin w dzień przed wstrzyknięciem i w dwa do trzech dni następnych: 1° by wywołać jak najmniejsze podrażnienie mechaniczne błony śluzowej żołądka, 2° usunąć wpływ psychiczny przy wprowadzaniu grubego zgłębnika żołądkowego, na proces wydzielania, który niewątpliwie w każdym przypadku należy uwzględnić, 3° umożliwić choremu pobieranie posiłku co do jakości i ilości stale określonego drogą naturalnego mięszania w jamie ustnej z wydzielającą się śliną i 4° ułatwić dowolne pobieranie treści żołądkowej w określonym czasie. Na podstawie licznych w ten sposób przez nas przeprowadzonych badań w ciągu lat trzech podzielić możemy chorych na dwie grupy. Do pierwszej należą osobniki reagujące na wstrzyknięcia znacznem podniesieniem się kwasoty treści żołądkowej w 4—5 godzin, u niektórych w 8—24 godz. poczem występuje spadek do stanu pierwotnego, w drugiej grupie występuje wpierw spadek, rzadziej nagły, osiągający powoli maksimum swego wahania, najczęściej na drugi dzień po wstrzyknięciu, dochodzi również w krótszym lub dłuższym czasie do pierwotnego poziomu, który to stan chwiejności wolnego kwasu solnego zależny jest od wrażliwości napięcia układu roślinnego — oddziaływania na wprowadzony bodziec. I dziś z całą pewnością twierdzić możemy, że proteinoterapja w jakiejkolwiek postaci stosowana dłuższego wpływu na stosunki kwasowe soku żołądkowego czy to w kierunku zwiększenia czy zmniejszenia wolnego kwasu żołądkowego jak również i ilości wydzielonego soku — niema. Co więcej — zakładając zgłębnik dwunastnicowy do żołądka, co pewien czas u osobników tychsamych przy zachowaniu niezmienionej diety, mimo przeprowadzonej proteinoterapji, zauważyliśmy, że w okresie zmniejszania, a nawet ustąpienia podmiotowych dolegliwości, wartości od wolnego kwasu solnego przewyższały znacznie liczby, otrzymane w okresach bólów i zgagi.

Zwiększona więc ilość wolnego kwasu solnego w soku żołądkowym sama przez się bolów niewywołuje i w przypadkach podobnych, połączonych z bolami, istnieć muszą bezwzględnie zmiany anatomiczne w błonie śluzowej żołądka lub dwunastnicy, albo też w bliskiem otoczeniu, np. w woreczku żółciowym, jelicie ślepem, narządach rozrodczych i t. d. Z temi trudnościami rozpoznania różniczkowego wrzodów żołądka liczyć się musimy i dodatnie wyniki leczenia proteinowego przy zastosowaniu odpowiedniej diety, kłaść na karb nieraz mylnego rozpoznania, które np. w przebiegu nieżytowego zapalenia wyrostka robaczkowego z atypowem umiejscowieniem bolów w dołku podsercowym, nieznacznem wzniesieniem ciepłoty ciała i objawami nadkwaśności żołądkowych po zastosowaniu ogólnych przepisów dietetyki wrzodów, kataplazmów, i bezwzględnego spokoju, mijają na czas dłuższy, a nawet bezpowrotnie. Wiemy nadto, co jest również rzeczą nierzadką, ze stołu sekcyjnego, iż znajdujemy blizny niekiedy dość liczne po wrzodach żołądka, które za życia objawów podmiotowych niedawały, i, mimo dalszych błędów dietetycznych, uległy samowyleczeniu. Rzecz ta na pozór błaha, nad którą możnaby przejść bez zbytniej uwagi do porządku dziennego, nasuwa pewne myśli co do patogenezy wrzodów, istnienia zaburzeń króciej lub dłużej trwających w układzie wegetatywnym, czy to w kierunku para czy sympaticotonji, które doprowadziły do wytworzenia się wrzodów, a po dojściu do równowagi proces chorobowy uległ wygojeniu. Dalszym niezbitym objawem istnienia wrzodu żołądka jest stwierdzenie w obrazie roentgenowskim obecności nyży, której znikanie po proteinoterapji szczególnie podnosi P r i b r a m. Co do tego zjawiska istnieją dwie możliwości 1) albo ustają miejscowe skurcze mięśniówki w otoczeniu wrzodu, które w pewnych razach mogą dawać pewnego rodzaju uchyłki albo też 2) wadliwe ustawienie chorego przy badaniu obecności nyży wykazać nie pozwala. M a r t e n s podnosi słusznie, iż w obecności nyży leżącej zwłaszcza na krzywiźnie małej przy zwracaniu żołądka ku stronie prawej nyża znika, natomiast ku stronie lewej zwiększa się i ten szczegół, zdaje się, jest wynikiem mylnych dodatnich wyników proteinoterapji. W naszych przypadkach, mimo energicznego stosowania mleka i nowoprotiny wśródżylnie znikania a nawet zmniejszania się nyży, niezauważyliśmy ani w jednym przypadku a zniekształcenia opuszki dwunastnicowej pozostawały bez zmiany mimo znacznej poprawy stanu ogólnego. Oznaczeń wartości ciała w surowicy krwi tzw. antipepsyny nie przeprowadziliśmy ze względu na wyniki G r u c y, a nadto zjawisko działania hamującego surowicy w odniesieniu do pepsyny zależnem jest od wielu innych czynników, wymagających bardziej szczegółowych badań w tym kierunku, — by móc opierać na nich swoje spostrzeżenia.

Podnoszą dalej, i ż k r w a w i e n i a, niekiedy groźne w przebiegu wrzodów żołądka czy dwunastnicy, już po kilku wstrzyknięciach białka ustępują. W czterech przypadkach wybitnego krwawienia dodatnich wyników proteinoterapji nie stwierdziliśmy, poddając chorych zabiegowi operacyjnemu. W mniejszych krwawieniach w 65 przypadkach próba benzydynowa w stolcu dawała wyniki zmienne, w 28 natomiast pozostała bez efektu. Jak więc widzimy i na ten objaw proteinoterapja wybitnego działania nie wywiera, a ustanie krwawień zaliczyć można na poczet bezwzględnego spokoju i ścisłej diety. Co do badań mikroskopowych preparatów, otrzymanych w czasie operacji przypadków, które ze względów wskazań życiowych oddawaliśmy chirurgowi, te naturalnie jak już z góry sądzić można, nie wykazywały żadnych objawów gojenia się. Przypadki wykazujące poprawę po leczeniu, zabiegowi

operacyjnemu poddawać się niechciały, a co zatem idzie także zmian, jakie zaszły w obrębie wrzodu stwierdzić nie mogliśmy. W tym względzie oprzeć się musimy na badaniu obcych autorów, z których Gohrbandt badając 15 przypadków wrzodu żołądka, leczonych nowoprotiną według wskazówek Pribrama, które następnie operował, w preparatach mikroskopowych nie znalazł ani w jednym przypadku objawów gojenia się wrzodu. Zeller również zapatruje się sceptycznie na leczenie nowoprotiną, gdyż wprawdzie po proteinoterapji stwierdzić można w otoczeniu wrzodów dość znaczne przekrwienie, ale czy jest ono wyrazem gojenia się — pozostaje wątpliwem. Stwierdził on również po dokonanym zabiegu operacyjnym przypadków leczonych preparatami białka w pobliżu starych wrzodów — świeże powierzchowne nadżerki, które przecież żadną miarą za objaw gojenia się czy zapobiegania nowym nawrotom powstawania wrzodów, uważać nie będziemy. Pribram, gorący zwolennik leczenia wrzodów, żołądka nowoprotiną, w swych ostatnich wystąpieniach ostrożniej nieco zapatruje się na sprawę leczenia wrzodów, przyznając, że w 40% przypadków leczenie jest bezskuteczne, w pozostałym odsetku sprowadza poprawę, nie oświadczając się wyraźnie za możliwością trwałego wyleczenia metodą białkową.

Zbierając nasze wyniki dwuletniego stosowania proteinoterapji w przegiegu wrzodów żołądka i dwunastnicy, musimy przyznać iż w 60% przypadków widzieliśmy dość znaczną poprawę, jedynie w podniesieniu stanu ogólnego i ustaniu bólów, a przynajmniej ich zmniejszenia się, czy trwałego — niewiemy, ze względu na krótki okres czasu obserwacji i niezgłaszania się chorych do badań kontrolnych. Jest to jeden jedyny fakt, skłaniający nas do zachowawczego leczenia, albowiem wiemy, iż ani zabieg operacyjny, ani też dotychczasowe leczenie wewnętrzne nie wpływają bezwzględnie na usunięcie skłonności do powstawania wrzodów, nie mając wpływu na te czynniki istniejące w organiźmie, które usposabiają do omawianego schorzenia, a których, zdaje się, szukać nie należy w samej błonie śluzowej. Z tego rozumowania wychodząc w dobie dzisiejszej, poważna większość chirurgów nawet radykalnych, w odniesieniu do wrzodów skłania się do przekonania, że zabieg operacyjny jest ostatnią deską ratunku, gdy inne zabiegi leczenia wewnętrznego nie pomagają, wiedząc, że większość operowanych przypadków wraca z powrotem do internisty. Proteinoterapję ze wszystkiemi dotychczasowemi prawidłami dietetyki, bezwzględnego spokoju i wypróbowanych środków farmaceutycznych w niejednym przypadku z należytem powodzeniem możemy zastosować, zaznaczywszy z góry, iż na bezpośrednią przyczynę może w bardzo małym stopniu wpływamy, sprowadzając leczenie do maksimum wymogów objawowego opanowywania dolegliwości poszczególnych. O stratę czasu stosowania proteinoterapji nikt nie może nas pomawiać., albowiem każdy przypadek bez wahania oddajemy chirurgowi, jeżeli leczenie parotygodniowe okazuje się bezskutecznem, a są to najczęściej chorzy ze znacznemi zmianami anatomicznemi, które pod wpływem dostępnego dzisiaj leczenie wewnętrznego nie dadzą się usunąć.

Przestrzec jednak musimy przed ambulatoryjnem stosowaniem proteinoterapji mimo tak licznie podawanych wyników dodatnich, których dość spora ilość prawdopodobnie należy do mylnie rozpoznawanych. Ustanie bólów jest momentem skłaniajacym chorego do błędów dietetycznych, które doprowadzić mogą w tym okresie do niepożądanych następstw, zwłaszcza, że wielu lekarzy, opierając się na podawanych w piśmiennictwie świetnych wynikach uleczeń, wierzy w skuteczność metody proteinowej i odpowiednio chorego nie poucza o ścisłem przestrzeganiu dietetyki. Leczenie wstrzykiwaniami ciał białkowych przeprowadzać należy wśród ścisłej obserwacji na oddziałach szpitalnych i klinikach, w przypadkach poprzednio kilkakrotnie badanych przy uwzględnieniu wszelkich dostępnych metod pomocniczych w rozpoznawaniu wrzodu, uwzględniając dotychczasowe przepisy leczenia, a sądzimy, iż ilość w ten sposób uleczonych znacznie zmaleje. Co do preparatu białkowego, pozostawić można wolny wybór, gdyż są to ciała specyficznie na wrzód nie działające — uwzględnić jednak należy odpowiednie dawkowanie — wykluczywszy przypadki ze zmianami gruźliczemi.

Piśmiennictwo:

Kalk: Kl. Woch. Nr. 28. 1923. — Holler: Wien. Klin. Woch. Nr. 19. 1921. — Archiv. f. Verdauungskrankheiten 294 1922. Med. Klinik. Nr. 28. 1922. — Berg: Klin. Woch. Nr. 15. 1923. — Pribram: Deutsch. med. Woch. Nr. 4. 1925. — Med. Klinik. Nr. 30. 1922. M. m. Woch. Nr. 28. 1922. Klin. Woch. Nr. 28. 1923. — Hampel: Mediz. Klin. Nr. 26. 1923. — Olkan: Mediz. Klin. Nr. 9. 1924. — R. Schmidt: Klinik d. Magendarmkrankheiten Berlin 1916.— Grote: M. m. Woch. Nr. 27. 1923. — Landau: D. Arch. f. Klin. Mediz. 1903 478 5/6.

Z PRAKTYKI.

Stanisław PROGULSKI i Fryderyk REDLICH. Lwów.

Zespół objawów anafilaktycznych w przebiegu odry po oparzeniu drugiego stopnia *).

(Z Kliniki Pedjatrycznej Uniwersytetu J. K. we Lwowie).
Dyrektor Prof. Dr. Fr. Groer.

Przypadek poniżej opisany, dzięki szczególniejszym okolicznościom, wśród jakich powstał, dał nam możność obserwowania ciekawych zjawisk anafilaktycznych w przebiegu odry. One to właśnie posłużyły nam za przedmiot rozważań teoretycznych nad wzajemnym stosunkiem obydwóch zjawisk.

Do kliniki dziecięcej Uniwer. J. K. przyjęto dziecko dwu letnie z rozległem oparzeniem drugiego stopnia, wywołanem gorącą wodą, na skórze twarzy, grzbietu i kończyn górnych. Z wywiadów okazało się, że było to już drugie oparzenie w życiu tego dziecka, pierwsze bowiem zdarzyło się przed rokiem, czego ślad w postaci rozlanych blizn widoczny był na grzbiecie. Po tygodniu leczenia chorego stan oparzeliny uległ znacznej poprawie. Tymczasem w 11 dniu pobytu dziecka w klinice wystąpiły niespodziewanie objawy nieżytowe oczu, nosa i gardła, a w dwa dni później plamki Koplika i typowa wysypka odrowa na twarzy. Z wystąpieniem objawów odry, stan dziecka nagle się pogorszył, wieczorem 13-tego dnia ciepłota 41,3°, ogólny niepokój, oddechy przyśpieszone a powierzchowne, tętno bardzo szybkie i słabo napięte. O godz. 10-tej wieczorem tego samego dnia nagłe pojawienie się pokrzywki na kolanie lewem, typowe bąble swędzące jak w chorobie posurowiczej, które jednak po godzinie znikły. Następnego dnia rano stan dziecka ciężki. Wysypka odrowa zajęła tułów. W ciągu'przedpołudnia nowe wykwity pokrzywki w okolicy kolana lewego i po stronach wyprostnych obydwóch ud. Zjawisko ukazywania się tej wysypki, jakoteż i jej znikania powtórzyło się jeszcze raz na udach i pośladkach, wieczorem tegoż dnia stan ogólny znacznie się polepszył. Wysypka odrowa wystąpiła w dalszym ciągu na kończynach w całej pełni, a po 2 dniach przybladła. Pokrzywka nie ukazała się już więcej. Dziecko poczęło zdrowieć i po kilku też dniach dziecko opuściło klinikę.

Nie ulega wątpliwości, że w przypadku powyższym, tuż na początku odry jak i w pierwszej dobie jej trwania wystąpiły objawy anafilaksji na co wskazywałyby: stan nadmiernej gorączki, zaburzenie w charakterze oddechów, zmiana w narządach krążenia, ciężki stan ogólny i swędząca pokrzywka. Tu przeto nasuwa się pytanie, jaki mógł być w naszym przypadku mechanizm tej nadwrażliwości. Zamiast odpowiedzi, która w tak złożonym przypadku nie może być ani łatwą ani pewną, niech nam wolno będzie poddać analizie wszystkie te możliwości, które mogły wywrzeć swój wpływ na powstanie tego zjawiska. Na pierwszy rzut oka uderza podobieństwo objawów z chorobą posurowiczą. Zespół objawów anafilaktycznych zauważony przez nas nosi cechy tego, co Pirquet**) określił jako odczyn natychmiastowy t. j. wywołany przez zadziałanie antygenu na ustrój wyposażony już w dostateczną ilość niweczników. Czynnikiem uczulającym w naszym przypadku, a zarazem wywołującym objawy, mogłyby być ciała powstałe z rozpadu białka w ustroju podczas pierwszego oparzenia, jakie zdarzyło się przed rokiem. Uwzględniając długotrwały okres czasu (jednego roku) dzielącego jedno oparzenie od drugiego, należałoby się raczej spodziewać odczynu przyspieszonego, to jest takiego, który zjawia się już w kilka dni po wtórnem zadziałaniu tegoż samego antygenu. W odniesieniu do naszego chorego byłoby nim powtórne już w życiu dziecka oparzenie i ponownie wytworzony rozpad białka w ustroju. Tymczasem obydwie sprawy potoczyły się tu odmiennie, albowiem odczyn anafilaktyczny zjawił się jednocześnie dopiero z wystąpieniem i rozwojem wysypki odrowej. Dokładnie dawał się oznaczyć ten czas, kiedy obydwa rodzaje wysypek t. j. pokrzywki i plam odrowych istniały jednocześnie obok siebie, bynajmniej na siebie nie wpływając. Na tę ostatnią okoliczność należy zwrócić baczną uwagę, gdyż zazwyczaj dzieje się odmiennie. Ustrój znalazłszy się równocześnie w okresie wylęgania w nim dwóch schorzeń jak np. odry i choroby posurowiczej zachowuje się tak, że jedno schorzenie oddziaływuje hamująco na drugie. Widzimy więc, że pokrzywka, zjawiająca się przed wybuchem wysypki odrowej, niknie na czas występywania tej ostatniej i z powrotem pojawia się wówczas, gdy ginie wysypka odrowa. To zjawisko spostrzegamy w ostatnich czasach dość często, wypróbowując zapobiegawczą wartość surowicy zwierzęcej, w odrze.***). Dlatego też należy przypuścić, że czynnikiem uczulającym w naszym przypadku było raczej to drugie oparzenie, które zdarzyło się w 13 dni przed wystąpieniem wysypki, ale wówczas należałoby przyjąć, że czynnikiem wywołującym objawy anafilaktyczne, były zmiany ustroju wywołane samem schorzeniem odrowem.

*) Rzecz przedstawiona w Tow. biologicznem we Lwowie 25. I. 1926.
**) Pirquet. Die Serumkrankheit. Deuticke 1907.
***) W opracowaniu.

Jakkolwiek to ostatnie nasze przypuszczenie może się wydać w pierwszej chwili niezwykłem, to jednak przemawia za niem zbieg dat i podkreślony przedtem fakt jednoczesności wysypek. Chodziłoby więc tylko o pytanie, na czem mógłby polegać związek pomiędzy antygenami uczulającemi, powstałemi w ustroju wskutek oparzenia, a ciałami wywołującemi objawy anafilaksji w następstwie tegoż uczulenia, i wytworzonemi dzięki schorzeniu odrowemu. Związek ten, zdaniem naszem, mógłby być dwojakiego rodzaju: Po pierwsze, wysypka odrowa, a co za tem idzie, sprawa zapalna powstała w skórze przez działanie jadu odrowego może wywołać powstanie rozpadowych ciał elementów skórnych o właściwościach podobnych lub identycznych, jak te, które wytworzyły się przy oparzeniu. Po drugie, można by jeszcze myśleć o pewnem chemicznem powinowactwie samego antygenu odrowego z produktami rozpadu białka ustroju, a to przez analogię do grupy zjawisk, występujących pod wpływem t. zw. antygenów heterogenicznych. (Forssmann).

Opisane przez Forssmanna zjawisko wywoływania swoistych hemolizyn przez antygeny nieswoiste (hemolizyny skierowane przeciwko krwinkom barana wywołane w ustroju królika przez zastrzykiwanie wyciągów z narządów morskiej świnki) zostało w ostatnich czasach przez dalsze spostrzeżenia znacznie rozszerzone. Okazało się, że t. zw. antygen Forssmannowski znajduje się również w niektórych drobnoustrojach (prątki czerwonki). Nie jest przeto wykluczonem, że znajduje się on także w nieznanym dotąd zarazku odry. Do pewnego stopnia przemawiałyby zatem doświadczenia Gröera i Redlicha, którym udało się, jak dotąd z dodatnio zapowiadającemi się wynikami, uodporniać zapobiegawczo dzieci zakażone odrą przez zastrzykiwanie wyciągów z narządów świnki morskiej.

Zdajemy sobie sprawę, że wyrażone przez nas przypuszczenia, mają na razie tylko wartość teorji pomocniczych zmierzających do wyjaśnienia obrazu klinicznego. Dalsze badania i obserwacje podobnych zjawisk będą bardzo pożądane.

Dr. Ludwik MOTYKA. Kraków.

W sprawie duru brzusznego z obfitą wysypką.

W opisie duru brzusznego z obfitą wysypką podanym przez Dra Marczewskiego w Polskiej Gazecie Lekarskiej Nr. 5. z r. 1926 zachodzą wątpliwości, czy to był rzeczywiście dur brzuszny, gdyż wyjaśniające motywy zupełnie nie są wystarczające.

Miałem możność dokładnego zapoznania się z najróżniejszemi typami duru brzusznego i osutkowego, pracując przez kilka lat w wojskowym szpitalu zakaźnym w Krakowie i dlatego opis Dra Marczewskiego o nietypowym durze brzusznym nie wydaje mi się przekonywującym.

Sam opis wysypki niczego nie dowodzi. Nie wykonał Dr. Marczewski próby z objawem skórnym charakterystycznym przy durze osutkowym (Przegląd Lekarski Nr. 4. z 1919 r. i Polska Gazeta Lekarska Nr. 4. z 1922 r.). Różyczka przy durze brzusznym zaczyna się zjawiać już 5-go dnia, a przy durze plamistym w 3-cim dniu. Przy badaniu przedmiotowem zauważył Dr. Marczewski u chorego „twarz zaczerwienioną", co przedewszystkiem rzuca się w oczy u chorych na dur osutkowy. Okres trwania choroby i przebieg temperatury (aczkolwiek temperatura nie podana) może odpowiadać nietypowemu durowi brzusznemu, lecz może również przemawiać za durem plamistym.

Badanie krwi raz w 11-tym dniu, a drugi raz w 30-tym dniu choroby zupełnie nie jest wystarczające ani nie jest dokładne. Coprawda odczyn zlepny ze szczepem duru brzusznego dał wynik dodatni, ale to jeszcze nie dowodzi o istocie choroby, jeżeli uwzględnimy, że chory był szczepiony przed rokiem. Nieraz odczyn Weil-Felixa występuje przy drugim lub trzecim dopiero badaniu krwi, przyczem branie krwi, odbywało się co parę dni, gdyż trzeba brać pod uwagę i błędy techniczne, a że w tym wypadku i w 30-tym dniu odczyn Weil-Felixa był ujemny, to często zdarza się przy typowym durze osutkowym. Nie szczepiono krwi na pożywki ani nie przeprowadzono bakterjologicznego badania z zeskrobanej roseoli. Odczyn dwuazowy moczu był ujemny. Stolec i mocz był jałowy.

Skargi chorego na bole głowy (wielkie bole są i przy durze osutkowym, jak brak ich często przy durze brzusznym) i na bole brzucha, przyczem „okolica dołka podsercowego tkliwa na ucisk" zupełnie nie świadczą o durze brzusznym. Bole brzucha ze wzdęciem, czyszczenie i powiększenie śledziony, spotykałem często przy najtypowszym przebiegu duru osutkowego.

A więc „wynik badania próbek krwi wziętej od chorego, jakoteż objawy towarzyszące chorobie (różyczka, dwubitne tętno, powiększona śledziona),, wcale jeszcze nie przemawiają za tem, żeby to był przypadek duru brzusznego.

Słowem przedstawione dowody przez Dra Marczewskiego w swoim artykule, iż miał do czynienia z przebiegiem nietypowym duru brzusznego są za słabe, aby można przyjąć opisany przypadek z obfitą wysypką za skóro-dur brzuszny (dermotyfus).

Dr. Stanisław MARCZEWSKI. Dęblin.

Odpowiedz na artykuł Dr. Ludwika Motyki „W sprawie duru brzusznego z obfitą wysypką".

W związku z uwagami Dr. Motyki „W sprawie duru brzusznego z obfitą wysypką", uważam za stosowne oświetlić zarzuty Dr. Motyki co do prawidłowego określenia opisanego przeze mnie przypadku duru brzusznego z obfitą różyczką durową, w Polskiej Gazecie Lekarskiej (Nr. 5. r. 1926.).

W przypadkach utrudnionego różniczkowania pomiędzy durem brzusznym, a innemi jednostkami chorobowemi, jedynie pewne są metody rozpoznawcze serologiczne i bakterojologiczne. W moim przypadku pierwsze badanie krwi, wziętej u chorego w 11 dniu choroby, dało odczyn zlepny ze szczepem duru brzusznego dodatni do rozcieńczenia $\frac{1}{800}$, ujemny ze szczepami paraduru A, B, C i odmieńcem X_{19}, drugie badanie krwi, wziętej u chorego w 30 dniu od początku choroby, wykazało: odczyn zlepny ze szczepem duru brzusznego dodatni do rozcieńczenia $\frac{1}{200}$, ze szczepami A, B, C i odmieńcem X_{19} ujemny. Otóż otrzymane powyższe wyniki upoważniają do uznania opisanego przeze mnie przypadku, jako duru brzusznego, pomimo, że chory był szczepiony ochronnie przed rokiem szczepionką przeciwdurową i paradurową A, B, i C. Dr. Stefan Sterling-Okuniewski w swej książce „Technika badań bakterjologicznych" (str. 207), omawiając odczyn Widal'a-Gruber'a podaje: „wiele autorów uważa, iż u chorych szczepionych nawet stosunkowo niedawno odczyn W.—Gr. może nabierać cech rozpoznawczych dopiero w rozcieńczeniu surowicy $\frac{1}{200}$, inni autorzy jeszcze podwyższają rozcieńczenie ($\frac{1}{300}$ $\frac{1}{400}$). W moim przypadku odczyn W.-Gr. przy pierwszem badaniu krwi był dodatni przy znacznie większym rozcieńczeniu surowicy niż $\frac{1}{400}$, przy drugim badaniu krwi wziętej w 30 dniu od początku choroby, a w 15 dniu po spadku ciepłoty, był dodatni do rozcieńczenia $\frac{1}{200}$

Prócz powyższego odczynu należy wziąć pod uwagę różyczkę, która pomimo, że była obfitą, jednakże swym wyglądem nie przypominała różyczki przy durze osutkowym, mianowicie, były to plamki okrągłe, prawie jednakowych rozmiarów, które nie zlewały się ze sobą, a stykały, były z lekka wzniesione nad powierzchnią skóry, przed zniknięciem zmieniały swe różowe zabarwienie na żółto-brunatne. Przy durze osutkowym, różyczka ma wygląd nieco inny, mianowicie: plamki nie mają zbyt regularnych kształtów, są różnej wielkości, bardzo często w środkowej ich części powstają wybroczyny (petechie), często pomimo zwróconej w tym kierunku uwagi, nie stwierdziłem w moim przyp., wreszcie plamki przy durze osutkowym nie są wzniesione nad powierzchnią skóry i bardzo prędko zmieniają swe zabarwienie na kolor ciemny lub brunatny. Trzeba jeszcze zaznaczyć, że różyczka przy durze osutkowym często występuje na dłoniach i stopach czego nie obserwowałem u mego chorego. Wobec tak odmiennych cech różyczki w moim przypadku, nie można ją utożsamiać z różyczką przy durze osutkowym. Początek choroby u mego chorego nie przypomina początku duru osutkowego, gdyż dur osutkowy zwykle zaczyna się silnym dreszczem, ciepłota ciała wznosi się szybko do 39—40^0, tętno przyśpiesza się do 100—120, twarz bywa zaczerwieniona, robi wrażenie „nalanej" oraz spojówki są często przekrwione. W dalszym przebiegu choroby ciepłota jak i ilość uderzeń tętna jeszcze bardziej się zwiększa. W opisanym przeze mnie przypadku choroba jak podaje chory w wywiadzie, rozpoczęła się lekkiemi dreszczami, bolem głowy, przyczem chory pełnił swe obowiązki służbowe w ciągu 1-go, 2-go i 3-go dnia choroby i dopiero w 4-ym dniu choroby zgłosił się do lekarza oddziałowego. W dniu, w którym badałem chorego, miał on twarz zaczerwienioną, lecz nie robiła ona wrażenia „nalanej" oraz nie zauważyłem przekrwienia spojówek, ciepłota ciała wynosiła rano 38,4^0 wieczor. 38,8^0, tętno 96 uderzeń na minutę, dwubitne, co tak często się spotyka przy durze brzusznym. Muszę dodać, że zaczerwienienie twarzy ustąpiło zaraz w następnym dniu po dokonaniu pierwszego badania chorego. Bole głowy, bole brzucha są jak w durze brzusznym, tak

i w durze plamistym, lecz nie mogą one w żadnym bądź razie służyć, jako objawy przemawiające za durem brzusznym lub plamistym ze względu na częstość ich występowania w powyższych jednostkach chorobowych.

Odczyn dwuazowy u mego chorego wypadł ujemny, tak samo posiewy z moczu i kału chorego, wziętych w 15-ym dniu po spadku do normy ciepłoty, nie wykazały obecności w nich bakteryj chorobotwórczych. Ujemny odczyn dwuazowy nie przemawia przeciw durowi brzusznemu. Statystyka Oslera wykazuje występowanie odczynu dwuazowego w durze brzusznym w 60% wszystkich przypadków. Przy durze osutkowym prawie zawsze odczyn dwuazowy jest dodatni (J. von Mering. Rukowodztwo po wnutrennej medycynie. Tom. I. wypusk I. r. 1924). Co się tyczy nieobecności w kale i moczu chorego bakteryj chorobotwórczych, to jeżeli weźmie się pod uwagę, że próbki kału i moczu były wzięte w 15-ym dniu po spadku ciepłoty, brak pałeczek durowych w nich nie świadczy bynajmniej przeciw durowi brzusznemu. Zestawienia statystyczne (Jürgens, von Dzigalski, Brion, Kayser), wykazują, że prątki w kale chorych były znajdywane: w pierwszym tygodniu choroby w 15,6% przypadków, w drugim tygodniu w 23,4%, w trzecim tygodniu — w 33%, od czwartego zaś do dziesiątego tygodnia — w 11% przypadków. W moczu wykazywano obecność laseczników duru w liczbie przypadków stanowiącą od 10% do 50%. Z powodów ode mnie niezależnych nie został dokonany posiew krwi, ani nie zostało przeprowadzone badanie bakterjologiczne z zeskrobanej rozeoli, jednakże, reasumując dane powyżej przytoczone, uważam, że są one wystarczające, aby przypadek opisany przeze mnie był uznany, jako dur brzuszny.

Co do braku krzywej ciepłoty w mojej pracy „Przypadek duru brzusznego z obitą wysypką" zaznaczam, że ją wysłałem wraz z pracą do Redakcji Polskiej Gazety Lekarskiej w Warszawie, lecz nie została ona wydrukowana.

Dr. Zygfryd SCHWARZ, Dr. Henryk WACHTEL.
Dr. chem. J. FLASZEN. Kraków.

O działaniu leczniczem podskórnych wstrzykiwań roztworu radu w chorobach wewnętrznych.

Z Oddziału chorób wewnętrznych Szpitala sw. Łazarza w Krakowie. Prym. Dr A. Krokiewicz.

Ciała promieniotwórcze (radioaktywne), które odgrywają tak wielką rolę w leczeniu nowotworów złośliwych, znalazły także zastosowanie w zakresie medycyny wewnętrznej. Sposób ich zastosowania jednak jest odmienny, jak przy „curieterapji" nowotworów złośliwych. W medycynie wewnętrznej wprowadza się ciała promieniotwórcze do wnętrza organizmu w postaci soli, rozpuszczalnej w tkankach ciała. Ilości ciał promieniotwórczych, które w ten sposób można wprowadzać do chorego ustroju, są znacznie mniejsze od dawek stosowanych w leczeniu nowotworów. Przy stosowaniu zewnętrznem radu, możemy osłabić działanie substancji promieniotwórczej przez zastosowanie odpowiednich filtrów, chłonących znaczny procent energji promienistej. Natomiast ciało promieniotwórcze wprowadzone do ustroju przez przewód pokarmowy lub drogą wstrzyknięcia podskórnego, działa na tkanki bezpośrednio całą swą nieosłabioną energją. Tem samem ilości ciał promieniotwórczych, jakie stosuje się w medycynie wewnętrznej, muszą być wagowo bardzo małe, nieomal najmniejsze ze wszystkich środków leczniczych, które dawkujemy wagą.

Stosowano w medycynie wewnętrznej różne sposoby leczenia ciałami promieniotwórczemi. Wartość ich zależy przedewszystkiem od racjonalnego dawkowania ciała radioaktywnego w danym preparacie. Tu jesteśmy w wielkiej mierze zależni od sposobu fabrykacji stosowanego przetworu. Rad jest lekiem bardzo kosztownym i jego racjonalne przygotowanie dla celów medycyny wewnętrznej nie jest łatwe. Przemysł farmaceutyczny starał się więc stosować inne środki promieniotwórcze zastępcze tańsze. Pomijając odmienne działanie wielu z tych preparatów, okazało się, że są one zupełnie niestałe i tem samem ich racjonalne dawkowanie jest niemożliwe. Dotyczy to przedewszystkiem wszystkich przetworów, posługujących się emanacją radową. Okazało się, iż jedynym sposobem uzyskania preparatu leczniczego o ściśle oznaczonych dawkach, jest użycie zmiareczkowanego roztworu ciała promieniotwórczego.

Do tego celu nadają się praktycznie dwa ciała promieniotwórcze: rad i mezotor. Doświadczenie pouczyło jednak, że mezotor ma właściwości toksyczne, działające przedewszystkiem na przewód pokarmowy. Musiano więc zaniechać stosowania wewnętrznego skutecznych dawek mezotoru. Tem samem pozostał dla stosowania w medycynie wewnętrznej tylko roztwór miareczkowany radu.

Polski przemysł farmaceutyczny stanął w tym względzie chlubnie na czele europejskiej wytwórczości. Laboratorjum Krakowskie „Rad" wytwarza roztwory radu bardzo ściśle dawkowane dla stosowania wewnętrznego. Dawkowanie tych preparatów kontrolowane jest przez prof. Zakrzewskiego w Krakowie, a zawartość preparatów gwarantowana jest przez krakowski Instytut dla Curieterapji. Z preparatów wytwarzanych przez laboratorjum „Rad" wypróbowaliśmy wstrzykiwania podskórne wyjałowionego roztworu radu w rozczynie fizjologicznym soli. W tej formie spodziewać się należało wyników leczniczych w stosunkowo krótkim czasie, ponieważ cała stosowana substancja promieniotwórcza dostaje się tym sposobem w obieg krążenia tkankowego.

Schorzenia na tle wadliwej przemiany materji purynowej.

Dla rychłego zorjentowania się co do wartości leczniczej preparatu, zastosowaliśmy wstrzykiwania roztworu radu przedewszystkiem w zakresie chorób, w których skuteczność leczenia ciałami promieniotwórczemi została już dawniej stwierdzona. Do chorób tych należą przedewszystkiem schorzenia na tle wadliwej przemiany materji purynowej. Liczne prace kliniczne, szczególnie ze szkoły Noordena i Hissa, wyjaśniły dokładnie znaczenie leczniczego stosowania radioaktywności w takich przypadkach. Badania te dotyczyły przedewszystkiem skuteczności leczenia ciałami promieniotwórczemi w zakresie terapji balneologicznej, gdzie stosowano ciała promieniotwórcze w formie wziewań, kąpieli i wody do picia. Tem więcej interesował nas skutek leczniczy wstrzykiwań podskórnych.

Skaza moczanowa może pociągnąć za sobą cały szereg bardzo przykrych dla chorego dolegliwości i przejawiać się też w formie zapaleń i bolów nerwowych i mięśniowych. Wykazanie ich przyczyny nie jest naówczas łatwe. Dopiero badanie procentowej zawartości kwasu moczowego w surowicy krwi pozwala rozpoznać prawdziwy podkład cierpienia, gdyż rozbiory moczu nie zawsze są miarodajne. Schorzenia takie można skutecznie usunąć przez zastosowanie ciał promieniotwórczych, co od niepamiętnych czasów realizowała medycyna ludowa, stosując w tych przypadkach naturalne uzdrowiska. Klinicznie sprawdziła to szkoła Hissa, szczególnie w pracach Gudzenta. Krokiewicz doszedł do wniosku, że działanie wód mineralnych o określonym składzie chemicznym, jak Karlsbad i t. p. zależy w wysokiej mierze od promieniotwórczości, którą te wody mają u źródła. Promieniotwórczość ta, jak wiadomo, ginie po kilku dniach, tak że wody naturalne, wysyłane i sztuczne, radioaktywności nie posiadają, co tłumaczyłoby ich zupełnie inne działanie lecznicze. Za tem przemawiają też nasze spostrzeżenia nad działaniem radu w chorobach nerkowych.

1) U. A. lat 47, kolejarz. Dawniej zawsze zdrów. Od roku chory. Bole w prawej kończynie dolnej tak silne, że chodzenie czasowo niemożliwe. Klinicznie: Ischias. Poprzednio leczony rozmaitemi metodami bezskutecznie.

Badanie kwasu moczowego w surowicy krwi, wykonane przed rozpoczęciem leczenia, wykazało 5.5 mg. kwasu moczowego na 100 (zamiast 2,5 mg. normalnie). Tem samem moczanowe tło schorzenia było wyraźne. Mocz bez zmian. Ilość moczu dobowa przy przyjęciu wynosiła 800—850 cm^3.

Chory otrzymywał codziennie podskórnie 2 mikrogramy radu. Ogółem wykonano 17 wstrzyknięć. Pozatem żadnego innego leczenia nie stosowano. Djety nie zmieniono.

Po drugiem wstrzyknięciu ilość dobowa moczu dochodzi do 1000—1500 cm^3, przyczem ciężar gatunkowy moczu pozostaje na ogół niezmieniony.

Po piątem wstrzyknięciu radu chory czuł się podmiotowo znacznie lepiej, bole stały się mniejsze, a po 12 wstrzyknięciu ustąpiły w zupełności, tak że następne wstrzykiwania stosowano raczej w celach zapobiegawczych. Opuszcza szpital bez bolów, wyleczony.

Rozbiór krwi, wykonany w dniu odejścia ze szpitala, wykazał 3,5 mg. kwasu moczowego na 100 surowicy, t. j. zmniejszenie o blizko 40%.

W powyższym przypadku rwa kulszowa na tle moczanowem ustąpiła po zastosowaniu wstrzyknięć radu, przyczem chemicznie stwierdzono, że pod wpływem leczenia zmniejszyła się ilość kwasu moczowego we krwi. Podkreślić należy znaczne wzmożenie się dobowej ilości moczu, które utrzymywało się przez cały czas wstrzykiwań. Mocz wydalany miał przytem ciężar gatunkowy moczu prawidłowego. Uczucia wzmożonego pragnienia chory nie odczuwał.

2) K. K. lat 72, portjer. Chory od dłuższego czasu. Silne bole w lewej kończynie dolnej, uniemożliwiające chodzenie. Leczony różnemi metodami bezskutecznie. Klinicznie: Ischias.

Rozbiór krwi wykazał 3 mg. kwasu moczowego na 100. Moczanowe tło schorzenia wyraźne. Mocz bez zmian. Dobowa ilość moczu 800 cm³.

Chory otrzymywał codziennie podskórnie 2 mikrogramy radu. Ogółem wykonano 26 wstrzyknięć. Pozatem żadnego innego leczenia nie stosowano. Djety nie zmieniono.

Po 10 wstrzyknięciach widoczna poprawa. Chory chodzi. Po 26 wstrzyknięciach bole i trudności w chodzeniu ustąpiły zupełnie. Rozbiór krwi wykonany w dniu odejścia ze szpitala wykazał 2,5 mg. kwasu moczowego na 100, czyli stosunki prawidłowe.

Po 3 wstrzyknięciu ilość moczu dochodzi do 1400—2100 cm³ na dobę i utrzymuje się na tej wysokości.

3) M. S. lat 51, żona urzędnika. Chora od 15 lat. Zniekształcenie wszystkich stawów, zwłaszcza w stawach rąk. Od 2 lat z powodu bolów i zniekształcenia stawów kończyn dolnych chora nie opuszcza łóżka. Mocz silnie zagęszczony. W osadzie bardzo liczne kryształki kwasu moczowego. Silne przygnębienie ogólne ze skłonnością do samobójstwa. Klinicznie: Polyarthritis deformans urica.

Chora otrzymała 30 wstrzyknięć radu po 2 mikrogramy codziennie. Co piąte wstrzyknięcie zawierało 5 mcgr. Po 4 wstrzykiwaniu stawy barkowe i łokciowe, dotąd przy ruchach bardzo bolesne, wykazują znaczne polepszenie ruchów. Po 20 wstrzykiwaniach ruchy w obrębie górnych kończyn prawie prawidłowe, swobodne. Stan przygnębienia psychicznego chorej ustąpił w zupełności. Ilość moczu zwiększyła się po 4 wstrzyknięciu i stan ten utrzymuje się, jak w przypadkach poprzednich. Stawy kończyn dolnych wykazują również znaczną poprawę.

4) B. W. lat 46, żona kupca. Choruje od kilku lat. Skarży się na bole w całem ciele, przygnębienie psychiczne, bole i zawroty głowy. Przedmiotowo w okolicach stawów skokowych charakterystyczne guzki (tophi). Mocz: w osadzie bardzo liczne kryształki kwasu moczowego. Rozbiór krwi wykazał 4,5 mg. kwasu moczowego w surowicy. Poprzednio chora była leczona rozmaitemi środkami (piperazyna, uricedyna, atofan) bez skutku.

Chora otrzymała 10 wstrzyknięć po 2 mikrogramy codziennie, następnie 2 po 5 mcg. w odstępach dwudniowych. Po 6 wstrzyknięciu znaczna poprawa podmiotowa. Po 12 wstrzyknięciu guzy (tophi) znacznie mniejsze. Chora czuje się zupełnie dobrze i opuszcza szpital.

Po 2 miesiącach stan podmiotowy w dalszym ciągu bardzo dobry.

W przypadkach powyższych i innych na tle skazy moczanowej, które spostrzegaliśmy, okazało się, że wstrzykiwania radu są w skazie moczanowej równie skuteczne, jak balneologiczne stosowanie ciał promieniotwórczych. Podkreślić należy stosunkowo szybką poprawę, spostrzeganą w naszych przypadkach w porównaniu z długotrwałem leczeniem, którego wymaga leczenie kąpielowe w uzdrowiskach. Tak samo wypryski na tle moczanowem ustępowały w zupełności pod wpływem radu bez żadnych zabiegów na skórze, mimo iż przed rozpoczęciem leczenia radem, wypryski te były bardzo uporczywe.

Gościec stawowy ostry i przewlekły.

Stosowaliśmy dalej rad w przypadkach gośćca stawowego ostrego i przewlekłego. Pierwszym, który z rzeczywistym skutkiem leczniczym zastosował w tych przypadkach emanację radu, był Klecki. Od tego czasu metoda ta, klinicznie wielokrotnie opracowana, jest uznaną jako korzystny sposób leczenia gośćca.

Z naszych przypadków podajemy dla przykładu następujące działania wstrzykiwań podskórnych radu:

5) A. K. lat 19, wyrobnica. Przed 10 laty przechodziła zapalenie stawów. Choroba nie powtórzyła się. Obecnie od tygodnia wysoka gorączka, silne bole i obrzęk w stawach kolanowych, skokowych, oraz nadgarstkowych. Klinicznie: Polyarthritis rheumatica acuta, endocarditis mitralis.

Chora otrzymywała przez pierwsze 4 dni po 5 mikrogramów radu podskórnie, codziennie, następnie 3 codzienne wstrzykiwania po 2 mikrogramy, potem jeszcze w celu zapobiegawczym 4 zastrzyknięcia po 2 mikrogramy co drugi dzień.

Ciepłota 39,6° spadła po pierwszym wstrzyknięciu do 38,4° C. Następnego dnia wieczorem po drugiem wstrzyknięciu, ciepłota 37,8° po trzeciem 37,8° C. Po 7 wstrzyknięciu stan podgorączkowy zupełnie ustąpił.

Obrzęk i bolesność w stawach poprawiają się, począwszy od drugiego wstrzyknięcia. Po 7 wstrzyknięciach zmiany w stawach zupełnie ustąpiły.

W moczu ślad białka przed rozpoczęciem leczenia. Osad moczu nie zawiera składników chorobotwórczych. Po wstrzykiwaniach białko ustąpiło w zupełności. Ilość dobowa moczu w czasie leczenia bez zmiany.

6) C. W. lat 36, właścicielka kawiarni. Pierwszy napad choroby przed 6 miesiącami. Drugi napad dwa miesiące później. Wówczas chora była leczona atofanem. Po dalszych dwu miesiącach trzeci napad. Bole i obrzęki w stawach, zwłaszcza skokowych, ciepłota ciała 38,2° C. Klinicznie: Polyarthritis chronica recidivans. Z początku leczono chorą przez trzy tygodnie atofanem i okładami bez skutku.

Chora otrzymała 14 wstrzyknięć radu po 2 mikrogramy codziennie. Po 4 wstrzyknięciu poprawa podmiotowa i przedmiotowa z każdym dniem większa. Po 14 wstrzyknięciu obrzęki i bole zupełnie ustąpiły.

Mocz bez zmian. Ilość dobowa przed wstrzykiwaniami 1000—1300 cm³. Po wstrzykiwaniach ilość dobowa moczu waha się od 1200—2000 cm³ z przeciętną ponad 1700 cm³. Ciężar gatunkowy moczu mimo zwiększonego wydzielania pozostawał na ogół ten sam. (1020—1023). Również ilość wydzielanych chlorków na litr moczu pozostawała na ogół ta sama. Stanowiło to dowód, że zwiększona ilość dobowa moczu po wstrzykiwaniach radowych nie polegała na wzmożonem wydzielaniu wody w ustroju, lecz na zwiększaniu się siły wydzielniczej nerek.

7) M. J. lat 60, wdowa po palaczu kolejowym. Przed 6 laty przebyła zapalenie stawów. Od 2 tygodni dreszcze, gorączka, bole w stawach lewej kończyny górnej i dolnej i obrzęki stawów tamże. Ciepłota 38°. Klinicznie: *Polyarthritis chronica rheumatica.*

Z początku leczono atofanem i okładami. Poprawa mało zadawalniająca. Zastosowano przeto wstrzykiwania radu. Chora otrzymała 20 wstrzyknięć po 2 mcg dziennie. Po 8 wstrzyknięciu znaczna poprawa podmiotowa i przedmiotowa. Obrzęki stawów znacznie zmniejszone. Po 15 wstrzyknięciu obrzęki ustąpiły. Chora opuszcza szpital wyleczona.

Mocz bez zmian chorobowych. Ilość dobowa przed zastrzykami około 1000 cm³. Po wstrzykiwaniach do 1800 cm³. Ciężar gatunkowy i ilość wydzielanych chlorków na litr bez znaczniejszych wahań, podobnie jak w poprzednim przypadku.

Przykłady powyższe wykazały, że wstrzykiwania podskórne radu są czynnikiem leczniczym bardzo skutecznym w przypadkach ostrego i przewlekłego gośćca stawowego. Szczególnie należy podkreślić szybkość, z jaką występuje poprawa i wyleczenie.

Leczenie radem gośćca stawowego posiada przytem niewątpliwą wyższość nad leczeniem wstrzykiwaniami proteinowemi. Leczenie radem nie pociąga za sobą występowania ostrych odczynów z podniesieniem ciepłoty ciała do 40° i ogólnym wstrząsem ustroju, które, jak wiadomo, towarzyszą bardzo często wstrzykiwaniu ciał białkowych do ustroju.

Działanie w przypadkach ogólnego przygnębienia ustroju *(prostratio).*

Znane są wyniki lecznicze po zastosowaniu ciał promieniotwórczych w przypadkach ogólnego przygnębienia ustroju *(prostratio).* Mechanizm działania tych ciał w tych przypadkach nie jest zupełnie jasny. Był czas, kiedy wyniki te próbowano tłumaczyć wmawianiem (sugestja). Doświadczenie pouczyło jednak, że trudno wyraźne wyniki lecznicze przypisywać samej tylko sugestji. W celu przekonania się, jak się zachowuje ustrój w takich przypadkach zastosowaliśmy leczenie wstrzykiwaniami radowemi u chorych bez zmian organicznych, lecz cierpiących tylko na ogólne osłabienie i przygnębienie, wywołane tylko częściowo stwardnieniem ogólnem tętnic, starczą niedomoga gruczołów dokrewnych i t. p. Dla przykładu podajemy przypadek następujący:

8) K. K. lat 60, urzędnik. Od 4 miesięcy dolegliwości żołądkowe, niezależne od pobierania pokarmów; przytem zawroty głowy, przygnębienie, nieznaczna utrata wagi, niezdolność do pracy. Przed 24 laty zauważył w związku z przebytym durem brzusznym wystąpienie licznych miękkich guzów na całem ciele (lipomatosis), które od tego czasu nie powiększyły się i nie sprawiały choremu dolegliwości. Odczyn Wassermanna ujemny. Badanie treści żołądkowej przed i po śniadaniu próbnem wykazało stosunki prawidłowe. Mocz bez zmian. Ciśnienie tętnicze 140/80. Stwardnienie naczyń krwionośnych miernego stopnia.

Chory otrzymał 20 wstrzyknięć radu po 2 mcgr. codziennie. Po 5 wstrzyknięciu chory czuje się lepiej; bole żołądka ustąpiły. Przygnębienie zmniejsza się, poprawa wciąż postępuje, energja życiowa wciąż się wzmaga, a po 20 wstrzyknięciach chory podmiotowo i przedmiotowo zdrów i zdolny do pracy opuszcza szpital.

W czasie leczenia spostrzegaliśmy szereg przedmiotowych zmian u chorego. Ciśnienie krwi spadło już po 5 wstrzyknięciu do 120/70 (Korotkow). Nie można było odnieść tego do sugestji. Ilość dobowa moczu, przed wstrzykiwaniami wynosząca około 1500, po 3 wstrzyknięciu wzrosła do 2500 i wahała się do końca między 1900—2800 cm³. Rozbiór surowicy krwi wykazał przed wstrzykiwaniami ilość cukru we krwi: 0,044 mg. na 100 — po 12 wstrzyknięciu ilość cukru wynosiła 0,085 t. j. jak w stosunkach prawidłowych. Ilość kwasu moczowego w krwi przed wstrzykiwaniami 4 mg, po 12 wstrzyknięciu 3 mg. na 100.

Ciężar gatunkowy i ilość chlorków w moczu na litr nie uległy zmianie.

W przypadkach tych stwierdzamy, że pod wpływem wstrzykiwań radu nastąpiły w surowicy krwi ilościowe zmiany cukru i kwasu moczowego, zdążające w tym samym kierunku do wyrównania istniejącego zaburzenia chemizmu i sprowadzenia stosunków prawidłowych.

Należy zaznaczyć, że niewątpliwie w całym szeregu przypadków zastosowania radu chorzy doznawali poczucia wzmożonej energji życiowej, tak pod względem fizycznym, jak i psychicznym, co prawdopodobnie przypisać należy podniecającemu działaniu radu w ogóle na ustrój.

Z objawów towarzyszących zastosowaniu wstrzykiwań radu zwrócił naszą uwagę fakt występowania zwiększonego wydzielania moczu, co według dokładnych badań nie polegało jedynie na wzmożonem wydzielaniu się wody z ustroju, lecz na ogólnie wzmożonej czynności wydzielniczej nerek.

Niedomoga mięśnia sercowego.

W przypadkach obrzęków, wywołanych niedomogą mięśnia sercowego, doświadczenia nasze wykazały, że wstrzykiwania radowe nie ujawniają zwiększenia czynności wydzielniczej nerek, która dopiero wtedy przybiera znaczniejsze rozmiary, jeżeli czynności mięśnia sercowego i nerek są wystarczające.

9) M. B. lat 33, kupiec. Chory od 3 lat. Skarży się na kaszel, duszność, bicie serca, obrzęki nóg, powiększanie się brzucha. Zapalenia stawów nie przechodził. Klinicznie: *endocarditis chronica (insufficientia valvulae mitralis cum stenosi ostii venosi sinistri) Insufficientia musculi cordis, dilatatio cordis. Tumor hepatis ingens et lienis ex hyperaemia passiva, hydrops universalis, infarctus pulmonum.*

Ilość dobowa moczu 400—600 cm³.

Zastosowano 22 wstrzyknięć radowych po 2 mcgr codziennie. Z początku po 5 wstrzyknięciach ilość dobowa moczu podniosła się do 850 cm³, jednak nie utrzymała się na tej wysokości i po kilku dniach, mimo dalszych wstrzykiwań spadła do poprzedniego poziomu.

10) M. K. lat 38, robotnik. Chory od 4 lat. Skarży się na duszność, kaszel i obrzęki na całem ciele. Klinicznie: *Emphysema pulmonum maioris gradus, dilatatio cordis, tumor hepatis et lienis ex hyperaemia passiva, hydrops universalis.*

Ilość dobowa moczu 1000—1500 cm³.

Zastosowano 8 wstrzyknięć radu po 2 mcgr. codziennie. Ilość moczu nie zwiększała się, wobec czego zaniechano dalszego stosowania radu.

Podobnie nie spostrzegliśmy korzystnego działania stosowania wstrzykiwań radu w przypadkach daleko posuniętego stwardnienia tętnic.

Ostre i przewlekłe schorzenia nerek.

Zastosowanie radu w przypadkach ostrego schorzenia nerek dało bardzo zachęcające wyniki.

11) K. F. lat 18, uczeń fryzjerski. Od 2 miesięcy chory. Choroba rozpoczęła się dreszczami, bólem gardła i ogólnem osłabieniem. Po kilku dniach stan się poprawił. Przed 2 tygodniami ponowny nawrót choroby, przyczem od 4 dni chory zauważył silny obrzęk twarzy. Moczu oddaje niewiele. Klinicznie: *nephritis acuta.*

W moczu (dobowa ilość 500 cm³) 12‰ białka według Essbacha. W osadzie wałeczki szkliste, liczne leukocyty, nieliczne krwinki czerwone. Po zastosowaniu djety bezsolnej i *Inf. Sennae*, lekka poprawa. Obrzęki nie ustępują; białko w moczu 7,5‰. Ilość dobowa moczu 800 cm³. Zaniechano przeto stosowania *Inf. Sennae* i zastosowano 16 wstrzyknięć radu podskórnie po 2 mikrogramy codziennie. Po drugiem wstrzyknięciu ilość dobowa moczu zwiększa się do 2200 cm³ i utrzymuje się przez czas leczenia między 1600—2000 cm³. Po 5 wstrzyknięciu białko zmniejszyło się do 2‰. Po 7 wstrzyknięciu na 1‰; po 11 wstrzyknięciu białko 0,5‰. Po 15 wstrzyknięciu 0,25‰. Po 16 wstrzyknięciach stwierdzono tylko ślad białka.

Mikroskopowo w osadzie moczu po 16 wstrzyknięciach znajdowały się tylko nieliczne leukocyty.

Badania azotu w surowicy krwi wykazały przed wstrzykiwaniami resztkę azotu (N. R.) 187 mg. na 100, — po 10 wstrzyknięciu 98 mg. na 100. Przy odejściu ze szpitala chory nie pozwolił na przeprowadzenie ponownego badania azotu we krwi.

Ciężar gatunkowy moczu nie ulegał większym wahaniom. Ciśnienie krwi przy przyjęciu chorego 150/90 (Korotkow). Po 10 wstrzyknięciu 140/90 (Korotkow) — po szesnastu 135/75.

Obrzęki zaczęły zmniejszać się po 5 wstrzyknięciu; pod koniec leczenia ustąpiły zupełnie.

12) J. Z. lat 22, służąca. Chora od 5 miesięcy. Miała pono obrzęk nóg i jakąś wysypkę. Obecnie skarży się na bóle głowy i ból w boku. Klinicznie:*nephritis chronica.* Poprzednio leczona dietą bezsolną i *Inf. Sennae.*

Ilość dobowa moczu przed wstrzykiwaniami 1200 cm³. W osadzie liczne leukocyty, krwinki czerwone, pojedyncze wałeczki ziarniste. Białko 4‰. Reszta azotu (R. N.) 93 mg. na 100 cm³ surowicy.

Zastosowano 16 wstrzyknięć radu podskórnie po 2 mcgr. codziennie, poczem przerwano wstrzykiwania na tydzień. Następnie chora wypiła 30 flaszek roztworu wodnego radu (po 2 mcg. codziennie).

Po 9 wstrzyknięciu białko w moczu spadło na 2‰; po jedenastem na 1,5‰. Po szesnastem przerwano stosowanie radu, a wówczas ilość białka w moczu zwiększyła się w ciągu tygodnia do 3,5‰. Reszta azotu (N. R.) 84 mg. na 100 cm³. Po 12 dawce radu *„per os"* — ilość białka 1‰. Po 16 dawce *„per os"* 0,75‰. Po 25 dawce 0,25‰.

Ilość dobowa moczu wzrosła po 4 zastrzyknięciu od 1600—2000 cm³. Ciężar gatunkowy moczu nie ulegał większym wahaniom. Ciśnienie tętnicze przed wstrzykiwaniami 140/85 (Korotkow). Po 4 wstrzyknięciu 130/85. Przy wyjściu ze szpitala 120/80.

Podmiotowo chora czuła się znacznie lepiej już po 6 wstrzyknięciu. Podczas przerwy w stosowaniu radu wystąpiło pogorszenie. Objawy chorobowe ustąpiły w zupełności po 20 dawce *„per os"*. Chora opuszcza szpital zdolna do pracy.

13) F. W. lat 42, żona urzędnika. Chora od 4 dni. Skarży się na silne bóle głowy i duszność. Osłabienie ogólne. Klinicznie: *Nephritis acuta hypertonica. Status praeuremicus.*

W moczu ilość białka 7‰. Ciężar gatunkowy 1,017. W osadzie liczne krwinki czerwone, wałeczki ziarniste, komórki nerkowe, nieliczne leukocyty. Ilość dobowa moczu 800 cm³. Serce bez zmian. Drugi ton nad tętnicą płucną wzmożony. Ciśnienie krwi 220/175 (Korotkow). Dno oka bez zmian.

Zastosowano upust krwi (200 cm³); nadto podano kofeinę *„per os"* i djetę bezsolną i rozpoczęto leczenie radem.

Chora otrzymała 20 wstrzyknięć podskórnych po 2 mcgr. codziennie. Po 6 dawce białko w moczu spadło na 2‰. Po 11 dawce białko w moczu — 0,5‰. Po 18 dawce 0,25‰. Po 20 dawce mocz nie zawiera białka. W osadzie, po 10 wstrzyknięciu wałeczki ziarniste bardzo nieliczne, nieliczne krwinki czerwone. Po 20 wstrzyknięciach mocz prawidłowy.

Ciśnienie krwi po 3 wstrzyknięciu 190/139 (Korotkow), po jedenastem 180/110, po dziewietnastem 145/90.

Chora po 2 wstrzyknięciu podaje, że ból głowy jest znacznie mniejszy. Po 7 wstrzyknięciu podmiotowo czuje się chora tak dobrze, że z trudem daje się nakłonić do dalszego leczenia.

Rozbiór ogólny krwi co do azotu wykazał przed zastrzykami 77,5 mg. na 100 cm. surowicy, resztka azotowa (N. R.) 49 mg. Po ukończeniu leczenia chora nie zgodziła się na kontrolę azotu we krwi.

Ilość dobowa moczu przed wstrzykiwaniami około 800 cm³, po 3 wstrzyknięciu 1300 cm³; potem utrzymuje się między 1300—1700 cm³.

14) A. K. lat 50, żona maszynisty. Chora od 6-ciu tygodni. Skarży się na silne bóle głowy, duszność, nieznaczne obrzęki na kończynach dolnych. Moczu oddaje mało. Klinicznie: *nephritis chronica; status praeuremicus.*

Ciśnienie krwi 250/175 (Korotkow). W moczu 5‰ białka, liczne wałeczki ziarniste, krwinki czerwone, leukocyty i komórki nerkowe.

Zastosowano upust krwi (200 cm³) i rozpoczęto stosować wstrzykiwania radu. Chora otrzymała 15 wstrzyknięć po 2 mcgr. podskórnie codziennie. Djeta bezsolna.

Po 4 wstrzyknięciu bóle głowy znacznie mniejsze, ilość dobowa moczu zwiększyła się, białko opadło do 2‰. Ciśnienie krwi 190/120 (Korotkow). Po 8 wstrzyknięciu chora czuje się podmiotowo dobrze; bóle głowy ustąpiły, białko w moczu 1‰, w osadzie skąpe wałeczki ziarniste i krwinki czerwone. Ciśnienie krwi 155/95 (Korotkow). Po 11 wstrzyknięciu białko 0,5‰, ciśnienie krwi 145/95. Po 15 wstrzyknięciu ślad białka w moczu. Osad zawiera pojedyńcze wałeczki ziarniste. Chora przerwała dalsze leczenie.

Przykłady powyższe wykazują, że wstrzykiwania podskórne radu mają wpływ bardzo korzystny na przebieg ostrych i przewlekłych stanów zapalnych nerek. Działanie to objawia się podmiotową poprawą ogólnego stanu chorych; w szczególności silne bóle głowy ustępują w bardzo krótkim czasie. Przedmiotowo stwierdzić można zmniejszanie się ilości wydzielanego białka w moczu i znikanie składników chorobowych w osadzie moczu. Następuje wzmożenie się ilości wydalanego moczu, który zachowuje właściwy ciężar gatunkowy i to samo zagęszczenie. Wysokie ciśnienie krwi obniża się prawie do normy. Polepszenie nie występuje natychmiast, lecz po zastosowaniu pewnej ilości dawek. Poprawa podmiotowa występuje wcześniej niż poprawa kliniczna. W przypadkach korzystnych osiąga się leczeniem radowem wybitną poprawę w stosunkowo krótkim czasie.

15) J. G. lat 30, robotnik. Chory od 4 tygodni. Choroba rozpoczęła się dreszczami i bólami pod lewym łukiem żebrowym. Parcie przy oddawaniu moczu i stolca. Przebycia choroby wenerycznej zaprzecza. Klinicznie: *Cystopyelitis acuta*. W moczu białko w ilości 4‰. W osadzie bardzo liczne leukocyty, nieliczne krwinki czerwone. Ciśnienie krwi 130/90. Ciężar gatunkowy moczu 1012.

Leczony z początkiem salolem i urotropiną. Następnie radem. Chory otrzymał 11 wstrzyknięć podskórnych po 2 mcg. codziennie bez wyniku leczniczego. Następnie otrzymał *„per os"* 7 dawek po 2 mikrogramy *„pro die"*, a wreszcie 4 wstrzyknięcia dożylne po 2 mcgr. *„pro die"*. Prócz przemijającego obniżenia się wydzielanego białka po wstrzyknięciach podskórnych (do 3‰), wyniku leczniczego nie stwierdzono.

Przypadek powyższy wskazywałby, iż działanie radu skuteczne jest przy schorzeniach miąższu nerkowego, a nie przewodów odprowadzających mocz.

Inne schorzenia.

W chorobach krwi polegającej na ogólnej niedokrwistości *(anaemia)* zauważyć można było korzystne działanie radioaktywności, stosując roztwór radu do picia. Uważamy zatem stosowanie wstrzykiwań w tych przypadkach za zbędne, skoro dochodzi się do korzystnych wyników metodą łagodniejszą.

Zastosowanie wstrzykiwań radu przy cukrzycy *(diabetes mellitus)* nie dało wyników dodatnich.

Wnioski.

Spostrzeżenia nasze wykazały zatem, że wstrzykiwania podskórne roztworu radu są bardzo skutecznym czynnikiem leczniczym. Otrzymaliśmy korzystne wyniki lecznicze w cierpieniach na tle wadliwej przemiany materji purynowej wszystkich typów w ostrym i przewlekłym gośćcu stawowym, w stanach ogólnego wyczerpania i przygnębienia, wreszcie w ostrem i przewlekłem zapaleniu nerek. Nie otrzymaliśmy natomiast wyników korzystnych w przypadkach zapalenia pęcherza moczowego i miedniczek nerkowych, niedomogi mięśnia sercowego, oraz w cukrzycy.

U chorych, gdzie wynik leczniczy był korzystny, spostrzegaliśmy w stosunkowo bardzo krótkim czasie poprawę stanu podmiotowego, a wślad zatem poprawę objawów przedmiotowych. Prawie zawsze wzmagała się czynność wydalania moczu, która polega na wydalaniu zwiększonych ilości normalnie zgęszczonego moczu, jako objaw wzmożonej czynności wydzielniczej nerek. Zwiększone ciśnienie krwi obniżało się stopniowo do stanu prawidłowego. Obrzęki znikały; ilość białka w moczu zmniejszała się stopniowo i mocz okazywał stosunki prawidłowe.

Z objawów podmiotowych: bóle ustępowały, chorzy odzyskiwali poczucie zdrowia i dawną świeżość umysłu i ciała, a tem samem odzyskiwali w krótkim czasie dawną energję do pracy. Przypuszczenie, jakoby znaczniejszą rolę odgrywała tu sugestja, nie da się utrzymać, ponieważ równocześnie stwierdzano znaczne zmiany w chemiźmie krwi, o charakterze wyrównującym zaburzenia w chemiźmie ustroju.

Poprawa stanu chorych ulegała natychmiastowemu pogorszeniu, jeżeli przed zupełnem wyleczeniem przerywano u nich stosowanie radu. Po ponownem zastosowaniu radu poprawa wracała i następowało wyleczenie.

Wytłumaczenie spostrzeganych faktów musimy zastrzec medycynie doświadczalnej. Wiadomości dotychczasowe pozwalają na teorję, iż warunkiem działania leczniczego radu jest zdolność pewnych komórek wychwytywania i przyswajania krążącego radu z obiegu tkanek i gromadzenia go w sobie. Do tych komórek należą fizjologicznie przedewszystkiem komórki gruczołów, przez które odbywa się wydalanie wstrzykniętego radu na zewnątrz. Są to komórki wątroby i nerek. O ile czynność tych komórek jest wadliwą, to rad gromadzący się w nich, poprawia i sprowadza do prawidłowej przemiany chemiczne procesy komórki. Działanie to polega przedewszystkiem na wprawieniu w stan czynny (aktywacji) fermentów. Tem tłumaczyłyby się wyniki lecznicze przy zapaleniu nerek, kiedy rad wydalany przez nerki, przechodząc przez komórki nerkowe, doprowadza je do żywszej czynności. Działanie na wysokie ciśnienie krwi odbywa się prawdopodobnie przez czynniki dotąd niejasne, które w przypadkach schorzeń nerkowych wywołują hypertonję. Działanie przy gośćcu stawowym polega prawdopodobnie na specjalnem chłonieniu krążącego w tkankach radu w zapalnie zmienionych tkankach stawów, podobnie, jak to stwierdzono co do kwasu salicylowego. Przemawia za tem też fakt, że chorzy po wstrzykiwaniach radu odczuwają w zajętych stawach rodzaj szczególnego ciepła.

Dalsze badania doświadczalne wykażą, o ile działanie radu jest wyłącznie działaniem na komórki, czy też mamy tu oprócz tego ogólne działanie na chemizm całego ustroju. Teorja komórkowa tłumaczy, dlaczego tylko pewne schorzenia dają się leczyć działaniem radu, a inne nie. W zapaleniach pęcherza i miedniczek nerkowych nie widać poprawy, ponieważ nagromadzanie się radu, które osiąga się w komórkach pęcherza moczowego i miedniczek nerkowych, nie następuje w tym stopniu, jak w komórkach nerkowych, które pochwytują rad z krążenia ustroju. Być może, że uda się wytworzyć połączenia radowe, dające się bardziej przyswoić przez różne komórki ustroju, które w zwykłych warunkach radu w sobie nie gromadzą. Otrzymalibyśmy wówczas środki lecznicze także dla schorzeń dziś dla leczenia radem nieodpowiednich. Mamy więc przed sobą szerokie pole dla prac farmakologicznych.

* * *

Przy oznaczaniu kwasu moczowego we krwi, stosowano metodę Brugsch-Kristeller (kolorymetryczną), posiadającą tę zaletę, że do badania wystarcza 2 cm^3 surowicy krwi, którą bierze się z palca chorego. Metoda ta oznacza się znaczną czułością, a błędy jej ograniczają się do setnych procentu. Jako odczynnika używa się alkalicznego roztworu fosforanu wolframowego, który z kwasem moczowym tworzy związek o silnie niebieskiem zabarwieniu, dającym się na stałej skali barwnej dokładnie odczytać.

Cukier we krwi oznaczano metodą I. Banga, miareczkując przy redukcji powstający tlenek miedziawy utrzymany w roztworze chlorkiem potasu, roztworem 1/100 n jodu. Oznaczanie odbywa się w atmosferze bezwodnika węglowego, co przeszkadza ewentualnej oksydacji tlenku miedziawego na miedziowy. Metoda ta wymaga tylko 150—250 mg. krwi, a koagulacja ciał białkowych odbywa się w specjalnie spreparowanym papierze. Jako jedyne źródło błędu pozostają ciała redukujące zawarte w krwi, a nie identyczne z cukrem gronowym. Błąd ten leży w granicach dziesiętnych procentu.

Resztę azotu (N. R.) oznaczano, strącając białko metodą Folina-Denisa przy pomocy alkoholu metylowego (metanol Merck), spalając następnie pozostałe ciała azotowe metodą Kjeldahla i miareczkując nadmiar niezwiązanego kwasu siarkowego 1/50 n ługiem sodowym 1/50 n przy użyciu alkoholowego roztworu czerwieni alizarynowej jako wskaźnika.

* * *

Wstrzykiwania podskórne radu okazały się bardzo skuteczne w przypadkach schorzeń na tle wadliwej przemiany materji purynowej wszystkich typów, w przypadkach ostrego i przewlekłego gośćca stawowego na tle gośćcowem w stanach ogólnego wyczerpania, wreszcie w ostrem i przewlekłem zapaleniu nerek. Nie otrzymano wyników korzystnych w przypadkach zapalenia pęcherza moczowego i miedniczek nerkowych, przy wadach serca połączonych z niedomogą mięśnia sercowego i w cukrzycy.

SPRAWOZDANIA POGLĄDOWE.

Dr. Jerzy JASIEŃSKI, asystent kliniki. Kraków.

Odczyn wiązania dopełniacza w gruźlicy.

Z Kliniki chirurgicznej U. J. Dyrektor: Prof. Rutkowski.

Od chwili odkrycia prątka Kocha i dzięki temu odkryciu rozpoznawanie gruźlicy uczyniło wielkie postępy.

Wykrycie prątków w preparatach odpowiednio barwionych, bez lub po ich zagęszczeniu, hodowla prątków i próba na zwierzęciu aczkolwiek są bezwzględnie pewne w razie dodatniego wyniku, to jednak nie zawsze można się niemi posługiwać. Mam na myśli trudności uzyskania odpowiedniego materjału do badania w razie głębokiego usadowienia ognisk chorobowych względnie niedostatecznego określenia co do ich umiejscowienia. Odczyny zaś biologiczne ustroju zawiodły w wysokiej mierze. I tak próby tuberkulinowe okazały się zbyt czułe dla kliniki i niepewne. Zawiódł też szereg odczynów pracownianych: aglutynacja, precypitacja, próby opsoninowe. Zdawało się natomiast, że odczyn wiązania dopełniacza odda cenne usługi. Tak można było wnioskować po usługach, jakie oddał odczyn Wassermanna w klinice kiły. Atoli pomimo, że od kilkunastu lat poświęcono metodzie wiązania dopełniacza w przebiegu gruźlicy b. dużo mozolnej pracy (o czem świadczy olbrzymie piśmiennictwo), to jednak wartość jej dotychczas nie jest ustaloną. Co do odczynu kiłowego Wassermanna przekonano się z czasem, że jest nieswoistym. Ale mimo to odczyn ten ma duże znaczenie rozpoznawcze. W gruźlicy natomiast pod tym względem sprawa przedstawia się niejasno. Mimo, że stwierdzono, że surowice gruźlicze różnią się od normalnych: pod względem chwiejności zawartych w nich ciał białkowych, pod względem zwiększenia ilości globulin kosztem albumin, i że skutkiem tego mieszczą się w szeregu surowic „chwiejnych" (podobnie jak surowice chorych kiłowych, rakowych, surowicę ciężarnych i t. d.), mimo to jednak nie udało się zużytkować wywoływaczy nieswoistych (w odróżnieniu do kiły).

Sprawa obecności w surowicy krwi gruźlików swoistych ciał wiążących dopełniacz jest dotąd nierozstrzygniętą. Nie wykazano, przedewszystkiem w surowicy krwi gruźlików obecności jadu gruźliczego — a więc wywoływacza. Starał się go wykazać Marmorek sposobem wiązania dopełniacza, jako (dwuchwytnika) przeciwciała używał surowicy swoistej, otrzymanej według sposobu przez siebie podanego. Lucibelli, Bauer i inni wykazali, że sposób ten Marmorka nie przedstawia żadnej wartości. Podobnie nie jest dotąd dowiedzioną obecność swoistych przeciwciał w surowicy krwi gruźlików. Stwierdzono je wprawdzie w surowicy zwierząt leczonych tuberkuliną, (Christian i Rozenblatt, H. Koch, Bartarelli i Datta, Laub i inn.), jak również i u ludzi swoiście leczonych (Pickert i Löwenstein, Engel i Bauer, Christian i Rozenblatt, Wassermann, Bruck, Citron, Kraus i in.), ale według niektórych autorów mają się one znajdować niestale (Jochmanns, Möllers, Lüdtke, Baudelier i Roepke i in.). Inni natomiast nie otrzymywali dodatniego odczynu wiązania dopełniacza z wywoływaczem gruźliczym u ludzi leczonych swoiście i przeczą istnieniu tej „antituberkuliny" Wassermanna (Morgenroth i Rabinowitsch, Weil i Nakajama). Ostatnio jednak znowu się słyszy że antituberkulinę miano wykazać zapomocą odczynu wiązania dopełniacza, po powtarzanych wstrzykiwaniach tuberkuliny u osób niegruźliczych, względnie u osób nie oddziaływujących na tuberkulinę (Gruschka i Guth). Natura tych ciał jest bliżej nieznaną i poza własnością dopełniacza nie posiadają one cech prawdziwego przeciwciała, wobec czego — według niektórych autorów — sama nazwa „antituberkulina" powinna być zarzucona dla uniknięcia pomieszania pojęć, (Cohn, Lüdke, Wolf-Eisner i in.). Szereg badaczy miał również spotykać niekiedy te przeciwciała: 1) w surowicy krwi świnek, zakażonych prątkami gruźliczemi ludzkiemi lub ptasiemi, tak żywemi, jak i zabitemi (Bordet Geugon i in.).

2) u ludzi nie leczonych swoiście, zarówno w surowicy krwi i wysiękach (Pickert i Löwenstein, Livierato i Crossonini, Cohn i Leber), w płynie mózgo-rdzeniowym przy gruźliczem zapaleniu opon (Much i Leschke), w plwocinie i ropie gruźliczej (Karwacki i Cresls). — Według statystyki Hannsa spotyka się te ciała równie często u ludzi swoiście w plwocinie i ropie gruźliczej (Karwacki i Cresls). — Według statystyki Hannsa spotyka się te ciała równie często u ludzi swoiście nie leczonych, jak i leczonych. Jedni stwierdzali przeciwciała tylko w przypadkach ciężkiej gruźlicy i prosówki (Wassermann, Citron, Bruck, Lüdtke, Michaelis, Wolf-Eisner i in.), — inni jednak właśnie w końcowych okresach ich nie wykazywali i w myśl tego nie uznają w celach rozpoznawczych próby wiązania dopełniacza. — (Crastka, Weil, Straus i in.). Przeczą temu jednak badania całego szeregu autorów, którzy nigdy nie znajdywali tych ciał u osobników swoiście nie leczonych — zarówno dorosłych, jak i dzieci (Weil, Nakajama, Ascher, Laub, i Nowotny, Engel i Bauer, Fua, i Koch, Schlossmann i in.). Wobec tego należałoby wnosić: 1) że wykrywane ciała były przeciwciałami wytworzonemi przeciw wprowadzonej w celach leczniczych tuberkulinie — „antituberkulinę" (Wassermann, Bruck), która napewno wiąże tu- „antituberkulina" (Wassermann, Bruck), która napewno wiąże tuberkulinę, 2) że u osób swoiście nie leczonych niema takich ciał w surowicy, przynajmniej zaś niema ich stale.

W badaniach nad odczynem wiązania dopełniacza przy gruźlicy stosowano wywoływacze swoiste w najrozmaitszych postaciach. Przypisując winę ujemnych wyników odczynu wiązania dopełniacza tym wywoływaczom, usilnie szukano nowych, bardziej odpowiednich, — stąd mnogość różnych wywoływaczy. Stosowano więc wyciągi z narządów gruźliczych (Wassermann i Bruck), przekonano się jednak wkrótce, że dają one odczyny nieswoiste. (Morgenrot, Rabinowitsch, Ranzi, Miller, Suess). Taki sam obrót wzięła sprawa ze stosowaniem wysięków i ropy, gruźliczej. Zwrócono się wówczas do samych prątków, stosując różne zawiesiny żywych i zabitych prątków (Punch i Goss, Mandgeon, Meek, Weiz, wych i zabitych prątków (Pnuch i Goss, Mandgeon, Meek, Weiz, Mac Intoch i Fieldes, Bordet-Geugon, Miller, Warner-Bogalow i in.). Używano hodowli prątków (wywoływacze Millera, Wilsona, Cooka, Calmetta, Artoinga i Courmonta, Forneta, Bogneta i Négra, Besredki i in). Posługiwano się wreszcie wyciągami lub przetworami z prątków, zaczynając od tuberkuliny lub jej strątów alkoholowych (wywoływacze Wassermanna i Brucka, Babes i Busilli, Calmetta i Massola, Petrofa, Wodsworth i Maltauera, Borzel i Bolorz, Leona, Wanga, Boqueta i Négra Deycka-Mucha, Wassermanna i in.).

Najlepszemi okazały się dotąd wywoływacze Boqueta i Négra i Besredki. Według jednych autorów mają one posiadać równą wartość (Bezançon i Bergeron, Mozer i Fried, Armond-Delille, Hillemand i Lestoquoy, Pauisset i Verge, Leon, Bernard i Valtis). Większość jednak uważa za najlepszy wywoływacz Besredki, otrzymany z kultury prątków, hodowanych na alkalicznej pożywce z żółtek jaj. Wywoływacz gruźliczy Wassermanna, podany przed kilku laty, który pobudził do prac nad odczynem wiązania dopełniacza badaczy niemieckich zawiódł pokładane w nim nadzieje. Preparat ten otrzymuje się z prątków przez rozszczepienie ich ciał zapomocą tetraliny, uwalniając je w ten sposób od otoczki lipoidowej. Skutkiem tego część kwasoodporna prątków zostaje oddzieloną od reszty prątków. Przetwór ten okazywał własności wywoływacza w stosunku do surowicy zwierząt, w stosunku zaś do surowicy ludzkiej miał je posiadać dopiero po dodaniu 0,2% lecytyny. Fakt ten, według Wassermanna, zupełnie nie zaprzecza ani nie zmniejsza swoistości jego wywoływacza. Widzi on przy używaniu swego wywoływacza natomiast pewną analogię surowicy gruźliczej z kiłową, w obu bowiem odczynach istnieją lipofilne części składowe. Według Wassermanna lipoidy wywoływacza muszą odgrywać dużą rolę w wiązaniu dopełniacza. Świadczy o tem także wywoływacz Besredki, zawierający w znacznej ilości lipoidy podłoża. Sam Wassermann miał otrzymać ze swym wywoływaczem b. dobre wyniki. Odczyn miał być dodatni tylko u chorych z czynną gruźlicą, przyczem rokowanie miało być tem lepsze, im słabszy był odczyn. Wywoływacz ten miał być bardziej swoistym od wywoływacza Besredki, gdyż miał nie dawać dodatnich wyników przy kile. Jednak nie potwierdziły tego dalsze badania, a wywoływacz okazał się znacznie mniej odpowiednim od wywoływacza Besredki, dając najwyżej do 50% wyników zgodnych z kliniką. Natomiast z wywoływaczem Besredki szereg autorów miał otrzymać do 80% wyników zgodnych z kliniką (Wiese Blumenthal, Ritter, Silberstein, Radek, Jannsen, Klopstock, Jacobi Möckel, Rennenbaum, Kretschmer, Bodenheimer, Mylius, Scheidenmandel, Förtig, Bachmann, Klemperer, Friedrich, Winkler, Gerth, Kalcher, Sonnenfeld, Gutfeld, Weigert i in.).

Prawie wszyscy badacze zgadzają się z tem, że swoistość wywoływaczy gruźliczych, nie jest bezwzględna. Udowodniono nieswoistość odczynów wykonanych z wyciągami z narządów gruźliczych. Złe wyniki otrzymano też z tuberkuliną. Szereg autorów uważa, odczyn z nią otrzymany za nieswoisty bo za odczyn z bulijonem i peptonem w niej zawartym (Müller i Suess). Inni badacze uważają tuberkulinę za albumozę, a „ciała przeciwgruźlicze" za antialbumozy (Lüdke). Wreszcie jeszcze inni zajmują stanowisko pośrednie uważając, że przy odczynie odchylenia dopełniacza może mieć miejsce tak czynnik swoisty, jak i nieswoisty(gdyż i gruźlicy leczeni tuberkuliną mają mieć dwa różne przeciwciała: swoiste na tuberkulinę i nieswoiste na substancje bulionowe w niej zawarte (Much i Hoessli). Co się tyczy prątków, to stwierdzono, że narówni z prątkami ludzkiemi również prątki bydlęce, ptasie, rybie i niektóre kwasoodporne saprofity mają posiadać wspólne własności wywoływacza wobec surowic gruźliczych (Bordet i Gengon, Moreschi, Höszli, Babes i Busilla, Deil-

mann, Petroff, Urbain, Valtis, Schlossberger, Phannenstiel, Harris, Landsfort i in.). Z niekwasoodpornych zarazki błonicy (Massol, Gryser i in.) i influenzy mogą również dawać dodatni odczyn wiązania dopełniacza z surowicą gruźliczą — przyczem w tym ostatnim przypadku oba odczyny mają być niezależne jeden od drugiego, bo do absorbcji przeciwciał gruźliczych nie przychodzi.

W badaniach doświadczalnych nad swoistością wywoływacza Besredki sam autor stwierdził na zwierzętach laboratoryjnych, niezawodny wynik odczynu, występującego już na 4-ty dzień po zakażeniu u świnek morskich, a na 14—15 dzień u królików. W ostatnich dniach przed śmiercią zwierząt odczyn wypadał ujemnie, wobec czego odczyn mógłby mieć znaczenie również i dla rokowania. Dalej wykazano, że surowica końska przeciwgruźlicza wiąże z wywoływaczem Besredki znaczną ilość dopełniacza. Tasama surowica wobec innych wywoływaczy, sporządzonych z paciorkowców, gronkowców, laseczek wąglika i t. d. zachowuje się jak surowica normalna, t. zn. nie wiąże dopełniacza. Naodwrót znowu surowica chorych gruźliczych nie daje odczynu z gronkowcami, paciorkowcami, laseczникami, okrężnicy, duru i t. d. Również surowica krwi uodpornionych przeciw różnym mikrobom i ich toxynom, podobnie jak koni zdrowych, nie wiąże dopełniacza z wywoływaczem gruźliczym. Jedyny w tym względzie wyjątek stanowić ma (końska) surowica przeciwbłonicza, jak również surowica ludzi chorych na błonicę, którzy na kilka dni przed badaniem otrzymali surowicę przeciwbłoniczą. (Rogers, Massol, Boquet i Negre, Urbain i Fried, Lüdke i Sturm).

Stwierdzono dalej, że wywoływacze gruźlicze mogą wiązać dopełniacz również z surowicą chorych, dotkniętych jeszcze innemi chorobami: kiłą, zimnicą, trądem i surowicą bydła dotkniętego *enteritis hypertrophica*.. Najczęściej nieswoisty odczyn występował przy kile (Wassermann i Bruck, Rolly, Zweig i Gerson, Besredka, Breton i Duhot i in.). Częstość występowania przy kile dodatniego odczynu wiązania dopełniacza z wywoływaczem gruźliczym różnie różni autorowie obliczają: Jedni 18—20% (Smith-Hewoth, Phannenstiel i in.), drudzy 30—40% (Fried i Urbain, Bezançon i Bergeron, Rieux i Bass, Sellers, Ranboton, Silberstein, Watanabe i in.), inni 76% (Bouvier), 84% (Rabinowitsch), 90.5% (Horowitz-Wlasowa), a nawet do 100% (Ichock). Wypada jednak zaznaczyć, że nie we wszystkich przypadkach z pośród branych w rachubę wykluczono u osobników kiłowych obecność czynnej gruźlicy. Według doświadczeń Wassermanna surowica kiłowa ma dawać odczyn ujemny z wywoływaczem Besredki, o ile pozbawimy wywoływacz związków lipoidowych. Ale należy zaznaczyć, że wtedy wywoływacz traci swoje własności.

Podobnie jak w przypadkach kiły, otrzymywano z wywoływaczem gruźliczym nieswoiste dodatnie odczyny również przy zimnicy — od 40% (Rieux i Bass) do 60% (Heinemann, Vogelin). Wobec tego niektórzy autorzy twierdzą, że w krajach wolnych od gruźlicy (podzwrotnikowych) odczyn ten może być rozpoznawczym dla zimnicy (Heinemann). Jak wiadomo dawniej podobnie myślano w odniesieniu do odczynu Wassermanna (kiłowego).

Szereg autorów otrzymywał też dodatni odczyn wiązania dopełniacza z wywoływaczem gruźliczym przy trądzie (Statineau i Danielopol, Meier, Cooke, Rogers, de Brito-Frutés, Malone) — i to w 80% przypadków tego schorzenia.

Hilgiers przypisuje zdolność wiązania dopełniacza z wywoływaczem gruźliczym wszystkim wogóle „chwiejnym" surowicom, a więc: ciężarnych, kiłowych i rakowych (niegruźliczych), obliczając otrzymaną z nimi ilość dodatnich wyników na 66%.

Aczkolwiek kilku autorów nigdy nie stwierdzało wiązania dopełniacza u ludzi klinicznie zdrowych (Urbain, i Fried, Bass, Besredka, Raimann, Ichock — razem około 200 przypadków badanych), to jednak większość otrzymywała niekiedy i u nich dodatnie wyniki. Według zbiorowej statystyki Urbaina, obejmującej przeszło 2000 przypadków (razem z wymienionemi powyżej 200 przypadkami) miało to mieć miejsce w 7%. Cyfry te jednak u poszczególnych autorów są b. różne i wahają się od 1% (Craig, Fried), 5% (Lemaire i Thiodet, Aviquet, Goldenberg, i Peigneau), 10% (Phannenstiel, Smith i Hewath, Hilgers, Rieux i Bass, Kwaśniewski, Cirik) — do 20—30% (Eisenhardt, Jacob i Mockel, Watanabe, Klemperer, Salomon, Szumann Aress), a nawet powyżej 50% Armand Delille, Hillemand, Lestocquoy).

Wszystko to godzi w znacznym stopniu w swoistość wywoływacza, którą można jedynie nazwać względną (Phannenstiel).

Pod względem trwałości jako wywoływacze, poszczególne preparaty prątkowe okazały się zmienne. Przeważna ich większość przy przechowywaniu w cieplocie pracowni, w pierwszych dniach, po ich przygotowaniu zyskuje na sile wiązania dopełniacza, podczas gdy przy przechowywaniu w lodowni naodwrót traci szybko tę zdolność. Odnosi się to również i do wywoływacza Wassermanna. Koniecznem więc jest ich miareczkowanie przed każdem wykonaniem odczynu. Wywoływacze zaś: Besredki, wyciągi peptonowe, glicerynowe lub metylowe mają zachowywać trwale swą zdolność wiązania pod warunkiem, że się je przechowuje w zatopionych ampułkach i chroni od światła. Z tego względu w metodach Calmetta-Massola i Besredki nie miareczkuje się wywoływacza przy każdorazowem użyciu.

O ile w całem piśmiennictwie panuje wielki chaos co do używanych wywoływaczy (co tłumaczy się poszukiwaniem „dobrego" wywoływacza), to nie mniejszy chaos panuje w całej metodyce badań, bo niemal każda pracownia, każdy autor mają swoją odmienną metodykę. Jedni nie miareczkują uprzednio ani wywoływacza ani dopełniacza, używają jednak do próby dopełniacz we wzrastających dawkach (Besredka). Inni nie miareczkują tylko wywoływacza, używając stałą jego dawkę (Calmette i Massol, Fried) a jeszcze inni miareczkują stale wywoływacz wobec systemu. Jedni używają dopełniacz w rozcieńczeniu 1:10, inni 1:15 lub 1:20, a nawet 1:30, biorąc 1, 1½, 2 względnie 3-krotną uprzednio wymiareczkowaną dawkę. A przecież jakość i ilość użytego dopełniacza mają dla wyniku odczynu b. duże znaczenie! Stosuje się dalej to 3, to 4, to 5 krotną najmniejszą hemolizującą dawkę dwuchwytnika. Krwinki używają w rozcieńczeniu 1:20, to znowu 1:30 (Fried) w ilości pozostającej w stosunku 1:3 czy 1:4 itd. do ogólnej objętości wszystkich składników odczynu, która to objętość znowu wynosi 1, 2, 2½ lub 3 cm³. Jedni nastawiają odczyn w 14, inni w 9, jeszcze inni w 2 próbówkach. Każdy autor ze swych badań wyciąga decydujące wnioski, potwierdzając lub zaprzeczając zdania, do których doszli inni zapomocą zupełnie innej metodyki i odczynników. Wyciąga je tak samo śmiało na podstawie badania kilkudziesięciu surowic, jak inni je wyciągali na podstawie kilkuset lub nawet 1 czy 2 tysięcy. W następstwie tego jest rzeczą prawie niemożliwą wyciągnięcie ogólnego wniosku z tych wszystkich danych. Większość autorów przypisuje b. dużą, nieraz decydującą rolę samej technice badania i wadliwej technice poszczególnych autorów przypisuje ich niezgodne wyniki między kliniką i pracownią (Besredka i in.). Trudności techniczne odczynu wymagają, zdaniem Besredki, dokładnej znajomości odczynników przez badającego i dokładności w dawkowaniu na wzór postępowania w pracowni chemicznej. Zdaniem Urbaina dopiero od czasu wprowadzenia metod Calmetta, Massola i Besredki, polegających na stosowaniu stałej dawki surowicy i wywoływacza, a wzrastających dawek dopełniacza — odczyn został udoskonalony. Metodę tę przyjęła większość pracowników, będących zwolennikami odczynu. Wspomnę jeszcze, że szereg autorów stosował metodę Hechta, używając surowicy nieogrzanej (Pellier, Fried i Mozer, Rouslacroix, Massias i in.), przyczem Goldenberg, badając porównawczo przeszło 1000 surowic ogrzanych i nieogrzanych z wywoływaczem Besredki, miał otrzymać zgodne wyniki w obu szeregach.

Gdy się uwzględni te zasadnicze różnice w pracach poszczególnych autorów, polegające na stosowaniu różnych wywoływaczy, a nawet przy stosowaniu jednego wywoływacza — przy różnych metodykach badania, to nie wydaje się bynajmniej dziwnem, że zdania poszczególnych autorów co do wartości klinicznej odczynu są dotychczas sprzeczne. W tych warunkach trudno myśleć o stworzeniu jakiejkolwiek wspólnej statystyki odpowiadającej rzeczywistości. I tak jedni uważają odczyn za swoisty i czuły, dodatni prawie we wszystkich przypadkach gruźlicy płuc, a ujemny przy braku gruźlicy. Odczyn odchylenia dopełniacza ma być według nich bardziej swoisty i czuły od prób tuberkulinowych. Niektórzy uważają go za najściślejszą metodę rozpoznawczą w najwcześniejszych okresach, rozstrzygającą przypadki wątpliwe (Rieux i Bass, Besredka, Grumbach, Bronfenbrenner, Kuss i Rubinstein, Fried i Poire, Raychmann, Inmann, Debains, Jupille i in.). Inni — przeciwnie — uważają go za względnie swoisty i niestały, bezużyteczny zupełnie dla rozpoznania czynnej gruźlicy (Armand, Delile, Selter i Rabouillet, Massias, Isabolinsky, Pierry i Glücksmann, Arloing, Tinozzi, Kalcher, Sonnenfeld, Zadek, Thomas, Fischer i Mylius, Bellot, Assal i Falkenstein, Brinkmann i Beck, Salomon, Scheidenmandel, Morgenrot, Laub i Nowotny, Wolff-Eisner, Frugoni, Schaboky, Fua i Koch, Schlossmann, Engl, Bauer i in.). Wreszcie trzecia grupa autorów zajmuje mniej więcej stanowisko pośrednie, przypisując odczynowi pewne znaczenie z powodu jego nie bezwzględnej, lecz względnej swoistości (*Phannenstiel*). Przedewszystkiem musi się wykluczyć kiłę, zimnicę, dur, a także, że chory nie był leczony tuberkuliną. Ujemny odczyn o niczem nie świadczy, bo nawet przy kilkakrotnem badaniu stale ujemny nie pozwala wykluczyć czynnej gruźlicy (Katz, Rabinowitsch, Gutfeld, Weigert, Kalcher, Sonnenfeld, Zadek i in.). Dodatni odczyn potwierdza rozpoznania kliniczne tylko wtedy, gdy kilkakrotnie powtarzany wypada dodatnio (Suess i in.). Ma wartość jedynie przy jednoczesnych objawach klinicznych obok badań bakterjologicznych (Watanabe).

Wynik odczynu ma zależeć w znacznym stopniu od rozległości procesu gruźliczego i jego charakteru anatomicznego: wysiękowe postacie dają o wiele częściej odczyn dodatni, niż łącznotkankowe i marskie (Brinkmann i Beck i in.). Odczyn jest tylko środkiem pomocniczym (Wiese, Thomas, Scheidenmandel i in.). Pewne bowiem odróżnienie gruźlicy czynnej od nieczynnej jest niemożliwe (Scheidenmandel). Odczyn zawodzi wtedy, kiedy wynik jego jest szczególnie ważnym dla kliniki, mianowicie w początkowych okresach. Zawodzi też niekiedy w procesach pewnych gruźliczych, a wypada czasem dodatnio tam, gdzie klinicznie niema żadnego podejrzenia o gruźlicę. Za daleko więc zachodzi Guth, uważając, że odczyn ten tem jest dla dorosłych, czem Pirquet dla małych dzieci. Nazywa go „Pirquetem dorosłych" na tej zasadzie, że chociaż ujemny wynik o niczem nie świadczy, to jednak dodatni we wczesnych okresach gruźlicy wykrywa ją z pewnem prawdopodobieństwem i to jako gruźlicę czynną. Niema on również większego znaczenia dla rokowania, gdyż zwykle brak jest równoległości między kliniczną ciężkością schorzenia a siłą reakcji (Klemperer, Bellot, Assal i Falkenstein i in.).

Większość statystyk bezwątpienia dowodzi, że w surowicy gruźlików znajdują się substancje, wiążące dopełniacz z wywoływaczem z prątków, których to substancyj, z reguły brak u zdrowych. Dowodzą one jednak równocześnie, że są z tej reguły liczne wyjątki i że odczyn nie jest na tyle pewnym, aby mógł być bezwzględnie użytecznym. Urbain na podstawie 20 statystyk przeważnie autorów francuskich, obejmujących powyżej 1800 odczynów surowic chorych na gruźlicę płuc, wykonanych z wywoływaczem Besredki, a Rabinowitsch-Kempner na podstawie około 1500 odczynów — obliczają ilość dodatnich wyników na 85%. Statystyka zbiorowa Phannenstiela podaje 77%. U osób zaś podejrzanych o gruźlicę płuc ilość dodatnich wyników według najpomyślniejszych statystyk nie przekracza 50%. Szereg autorów stwierdza przytem zmienność odczynów surowicy badanej w odstępach kilkudniowych (Bezançon i de Serbonnes, Boquet i Nègre i in.).

Co się tyczy gruźlicy innych narządów, to ilość badanych przypadków jest stosunkowo mała, a wyniki przeważnie niezgodne. W gruźlicy moczo-płciowej otrzymywano od 58% (Rabinowitsch-Kempner — 29 przypadków), do 70% dodatnich wyników (Maisonnet, Bass, Courcoux, Helonin, Bouvier — ogółem 24 przypadki); w gruźlicy żołądkowo-jelitowej od 55% (w 8 przyp. Rabinowitsch-Kempner), do 83% (6 przyp. Bouviera); w gruźliczem zapaleniu opłucnej 62% (Bezançon i Bergeron, Rieux i Bouvier — ogółem 121 przyp.), — otrzewnej 84% (Rieux, Courcoux, Fried i Bovier 19 przypadków); w gruźliczem zapaleniu opon mózgowych 5% (deług zbiorowej statystyki francuskiej, obejmującej 20 przypadków) i 75% na 16 przypadków Rabinowitsch-Kempner). W gruźlicy gruczołów wnękowych znajdowano dodatnio odczyn w około 50% (Rieux, Bellot, Girard — ogółem około 250 przyp.), a obwodowych od 25% (Clavelin— 12 przyp.), do 37.5% (Mozer i Fried — 56 przyp.), 50% (Rabinowitsch-Kempner — 30 przyp.), a nawet do 70% (Courcoux — 7 przypadków) zbadanych chorych. W gruźlicy skóry znowu był wynik dodatni w 30% (Hübschmann, Förtig, Silberstein, Ventuci), do 50% (Béthoux), 71% (Watanabe, Rabinowitsch-Kempner), i 83.7% (Schock, Goldenberg i Fried).

Co się tyczy gruźlicy chirurgicznej, to pierwsi podali statystyki Magnini, Wiedenski i Hammer. Używali oni jako wywoływacza samej tuberkuliny lub tuberkuliny łącznie z wyciągiem acetonowym z ziarniny gruźliczej stawu kolanowego. Na 450 przypadków mieli 40, 82 względnie blisko 100% dodatnich wyników. Zależnie od % dodatnich wyników autorowie wysnuwają odpowiednio różne wnioski co do wartości odczynu. Nowsze badania, wykonane z wywoływaczem Besredki, dały poszczególnym autorom od 40% (Horowitz-Wlasowa), do 50% (Clavelin), 64% (Sellers), 68% (Rabinowitsch), 87% (Bouvier) i 94,4% (Pellier, Goldenberg i Fried) — dodatnich wyników. Większość jednak tych statystyk oparta jest na bardzo skąpym materjale. Największa statystyka Mozera i Frieda, obejmująca przeszło 1000 przypadków stwierdza, że ważnym jest okres rozwoju choroby dla wyniku odczynu: w pierwszych bowiem 3 latach choroby przy próchnicy kręgów i gruźlicy stawu biodrowego, a w 2 latach przy innych cierpieniach kostnych i stawowych — otrzymali od 75 do 77% dodatnich wyników. Po tym czasie ilość dodatnich wyników zmniejszała się do połowy, a nawet do $^1/_3$ cyfr poprzednich. Zjawisko to tłumaczą powstałem zbliznowaceniem ognisk. Natomiast w przypadkach z przetokami i ciężkim stanem ogólnym otrzymali 14% dodatnich wyników przy gruźlicy stawu kolanowego i do 26% przy gruźlicy kręgosłupa i stawu biodrowego. To też na zasadzie tych wyników twierdzą wymienieni badacze, że gruźlica zewnętrzna wytwarza we krwi takie same zmiany, jak i wewnętrzna. Zdanie to jest poniekąd zaprzeczeniem tego, co utrzymywano oddawna, że gruźlica chirurgiczna i skórna nie nadają się w tej mierze do badań serologicznych, jak gruźlica płucna (Stoerk i Etner). Przyczyną tego miała być znacznie większa skłonność gruźlicy chirurgicznej do otorbienia w znaczeniu biologicznem w przeciwieństwie do gruźlicy płucnej, w której przychodzi do toksycznego rozpadu białka i przejścia substancji rozpadowych (białka obcogatunkowego) do krwi.

Ogólne wnioski co do wartości odczynu dla kliniki są dlań niepochlebne, a b. różne od tych, jakie we wstępie do wielkiej pracy Urbaina wyciąga Besredka. Odczyn wiązania dopełniacza, podobnie jak inne odczyny serologiczne przy gruźlicy, zawiódł pokładane w nim nadzieje. Obrońcy odczynu wiązania dopełniacza uważają go jeszcze za najbardziej bliski celu pod tym względem i pokładają nadzieję w przyszłem udoskonaleniu tej metody (Suess i in.). Przypuszczają oni, że odczynowi w przyszłości przypadnie większe znaczenie, niż ma je dotąd. Właściwie jednak dotąd odczyn niema znaczenia praktycznego w djagnostyce gruźlicy, dając znaczną ilość błędnych wyników, a teoretyczne założenia odczynu nie potwierdzają jego racji bytu. Ograniczona swoistość wywoływacza i odczynu z jednej strony, a brak w surowicy krwi gruźlików swoistych substancji z drugiej strony — przeczą jego koncepcji i znaczeniu klinicznemu. Odczyn zawodzi, czy to kiedy idzie o stwierdzenie czynności gruźlicy, względnie nasilenia choroby, nie daje nic co do rokowania, nie pozwala odgraniczyć właściwości surowic gruźliczych od innych surowic chwiejnych. Ze względu więc na ostatnią okoliczność nie wyklucza przeto nieswoistych wyników. Zdaniem Sachsa na skutek wtargnięcia do ustroju dostatecznie jadowitych prątków — przychodzi do zmian biologicznych w surowicy i plazmie, wskutek których surowice gruźlików należą do szeregu surowic chwiejnych. Dzieje się to tylko w okresach czynności procesu gruźliczego na skutek przełomu odporności. To też jest rzeczą zrozumiałą, że chociaż prawie 100% dorosłych przeszło zakażenie gruźlicze, nie u wszystkich odczyn wypada dodatnio. Jednak odróżnienie procesów czynnych od nieczynnych zapomocą odczynu wiązania dopełniacza okazało się w praktyce niemożliwem, zawiodły więc przeto pokładane w odczynie nadzieje cennego uzupełnienia różnych prób gruźliczych.

A że odczyn nic dać nie może i dla rokowania — podkreśla to nawet Besredka, uważając takie wymagania za nieuzasadnione i błędne, mimo tego, że Besredka jest najgorętszym wyznawcą wyższości pracowni nad kliniką. Uwzględniając szereg powyższych zastrzeżeń, można by powiedzieć, że miarodajnym jest tylko dodatni odczyn przy ujemnym odczynie kiłowym Wassermanna i to tylko w przypadkach, gdzie klinicznie, roentgenologicznie i ewentualnie zapomocą innych prób pomocniczych została stwierdzoną gruźlica, zaś stąd raczej można by wyciągnąć wniosek, że ten odczyn jest zbędnym. Szereg autorów stawia go dziś w szeregu nieswoistych pomocniczych metod serologicznych — t. zw. „reakcji chwiejności" dla djagnostyki gruźlicy, i to nawet nie na pierwszem miejscu w tym szeregu, uważając szybkość opadania czerwonych ciałek i inne nieswoiste odczyny za pewniejsze od niego (Hilgers, Brinkmann i Beck i in.).

Z HISTORJI MEDYCYNY.

Prof. E. ŻEBROWSKI, Warszawa.
kier. oddz. wewn. szpit. szkol. Ofic. Szkoły Sanit.
Dr. K. KULIGOWSKI, kier. prac. anat.-pat. Ofic. Szkoły Sanit.
Dr. med. Ignacy MAKOWSKI,
Dr. Witold KOMOCKI

O znaczeniu pracy W. Wysokowicza dla nauki o fagocytozie i o układzie śródbłonkowo-siateczkowatym.

Jednym z wyników prac ostatniego dziesięciolecia dotyczących układu śródbłonkowo-siateczkowatego było przeświadczenie, że pochłanianie przez komórki śródbłonkowe rozpuszczonych barwników oraz metali kolloidalnych odbywa się w tych samych warunkach, co i działalność komórek fagocytarna; niektórzy zaś autorowie wręcz oświadczają, że to wchłanianie jest tylko częściowym wyrazem zdolności komórek tego systemu do fagocytozy wogóle.

Wobec tego dziwnem się wydaje, jak świat prędko zapomniał o pracy Wysokowicza, nazwisko bowiem Jego w pracach innych autorów w najlepszym razie wspomina się na trzeciem i czwartem miejscu lub też w przypisku drobnym drukiem; zjawiają się nawet prace, których sam tytuł dowodzi, że są one poświęcone pytaniu o znaczeniu śródbłonków jako fagocytów i w pracach tych znajdujemy różne nazwiska, prócz nazwiska Wysokowicza.

Nadzwyczaj razi to nas, uczniów ś. p. Wysokowicza na Uniwersytecie Kijowskim, to też w imię prawdy naukowej z jednej strony, a przez wzgląd z drugiej strony na to, że sam autor nie może już niestety o sobie światu przypomnieć — kreślimy tych słów parę.

Praca Wysokowicza, o której mowa, była wykonana w pracowni C. Flügge'go i ukazała się w druku w roku 1886 na naczelnem miejscu I tomu „Zeitschrift für Hygiene" nowego w owym czasie założonego przez R. Kocha i C. Flügge'go czasopisma; praca nosi tytuł: „Ueber die Schicksale der ins Blut injicirten Mikroorganismen im Körper der Warmbluter". W pracy tej autor wykazał, że drobnoustroje pływające we krwi fagocytują się nietylko przez komórki ruchome — leukocyty, ale również przez komórki stałe, a mianowicie śródbłonki naczyń krwionośnych; wykazał również Wysokowicz, że śródbłonki śledziony, wątroby i szpiku kostnego fagocytują więcej drobnoustrojów, niż te same komórki innych narządów. Wszystkie dane Wysokowicza znalazły naogół zupełne potwierdzenie w pracach lat ostatnich, dotyczących układu tak zwanego śródbłonkowo-siateczkowatego.

Przenosząc się myślą do naszych czasów akademickich, przypominamy sobie nasze dyskusje na temat, jakie komórki wiecej się przyczyniają do unieszkodliwienia drobnoustrojów — leukocyty, czy też komórki stałe — śródbłonki, pytanie, które i dzisiaj nie utraciło na swej aktualności.

W historycznej perspektywie lat 40-u sprawa zasług naukowych Miecznikowa i Wysokowicza dostatecznie się wyjaśniła w tym sensie, że zasługi Miecznikowa, jako twórcy nauki o znaczeniu procesu fagocytozy w chorobach zakaźnych są ogólnie uznane; bezsprzeczną zaś zasługą Wysokowicza jest wykazanie, że nietylko komórki ruchome — leukocyty, ale również i komórki stałe — śródbłonki posiadają nie mniej wybitną zdolność fagocytarną, przyczem najwięcej drobnoustrojów fagocytowanych zawiera śledziona, wątroba i szpik kostny.

Jeśli dzisiaj przy podejrzeniu, że drobnoustroje dostają się w większej ilości do krwiobiegu, szukamy ich najprzód w śledzionie, jest to wynikiem badań Wysokowicza, który między innemi wykazał, że komórki śledziony w porównaniu z innemi narządami posiadają największą zdolność fagocytarną.

Należy tutaj również powiedzieć parę słów o pracy E. Ponficka (Studium über die Schicksale körniger Farbstoffe im Organismus — Virchows Archiv Bd. 48 — 1869), który wprowadzał cynober do krwiobiegu, przyczem ustalił, że wprowadzony barwnik wkrótce ze krwi znika i zalega następnie w komórkach śledziony, wątroby, szpiku kostnego i częściowo w nerce; co do charakteru tych komórek, to na str. 36 autor twierdzi, że komórki te zawsze posiadają zdolność wykonywania ruchów samoistnych i zalegają poza naczyniami krwionośnemi a mianowicie w tkance natury limfatycznej. Widzimy zatem, że Ponfickowi nie udało się wyświetlić pytania o istocie tych komórek, i to nie dziwnego wobec niskiego stanu ówczesnej techniki histologicznej; jak widać bowiem z pracy Ponficka najczęściej badał on części narządów rozstrzępione igłami.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Tomasz JANISZEWSKI. Kraków.

Połączenie spraw zdrowia ze sprawami opieki społecznej.

XII Zjazd lekarzy i przyrodników polskich odbyty w lipcu 1925 uchwalił na ogólnem posiedzeniu jednomyślnie następujący wniosek:

„XII. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich zwraca się do Rządu z przedstawieniem konieczności połączenia spraw Opieki społecznej ze sprawami zdrowia publicznego w jednym naczelnym urzędzie z lekarzem na czele.

Urząd ten powinien być równorzędny z innemi naczelnemi urzędami administracji państwowej".

Podobne uchwały powzięto na pierwszym zjeździe przeciwgruźliczym oraz na zjeździe działaczy samorządowych miejskich, które to zjazdy odbyły się również w Krakowie w 1925 r.

Żeby zrozumieć ścisły związek istniejący pomiędzy sprawami sanitarnemi, a opieką społeczną, należy przedewszystkiem przypomnieć fakt, że lekarze pierwsi zwrócili uwagę na niekorzystne dla zdrowia skutki złych stosunków mieszkaniowych i złego odżywiania się ludności, na wielkość ofiar, jakie ponosimy wskutek gruźlicy, na wielką śmiertelność ogólną, a w szczególności na wielką śmiertelność osesków, na szkodliwe skutki alkoholizmu i szerzenia się chorób wenerycznych, na szkodliwości, zagrażające w niektórych zawodach zdrowiu robotnika, na wadliwe urządzenia warsztatów pracy, wywierające ujemny wpływ na zdolność do pracy.

Lekarze mają lepszy wgląd w powyższe sprawy, stykając się stale z chorymi i cierpiącymi, mają lepszą sposobność obserwowania także ujemnych stron naszej kultury. Z tego powodu lekarze mogą nietylko lepiej wniknąć w te stosunki i lepiej je zrozumieć, ale patrząc na nie bezpośrednio, lepiej odczuwać ich braki. To pobudza lekarzy do akcji zapobiegawczej, do podawania i stosowania sposobów i środków zaradczych.

Lekarze też najlepiej i najbezstronniej ocenić potrafią znaczenie ubezpieczenia społecznego, tego wcielenia myśli społecznej, nie ze stanowiska polityki jakiejkolwiek partji, ale przedewszystkiem ze stanowiska najistotniejszych interesów Państwa.

Ubezpieczenia społeczne stanowią tak integralna, zasadniczą część pracy lekarskiej i higjenicznej, że bez nich władze sanitarne są bezsilne i stracić muszą swój wpływ i znaczenie.

W ubezpieczeniu społecznem pojecie opieki społecznej łączy się ściśle i nierozerwalnie z pracą lekarską i higjeną, a szczególniej z podstawą higjeny, z zapobieganiem.

Jeżeli ubezpieczenia społeczne należycie rozwijać się mają, to muszą wkroczyć na drogę zapobiegania chorobom, bo to łeży w interesie finansowym samej instytucji ubezpieczeń.

Ubezpieczenia społeczne musza wydawać pieniądze na budowę domów wypoczynkowych, na sprawę mieszkaniową, na urządzenia poradni dla osesków i matek i na podobną akcę zapobiegawczą, Wtem odzwierciedla się jeszcze wyraźniej nienaruszalna łączność i ścisła przynależność ubezpieczeń społecznych do zakresu działania higjeny społecznej.

Tendencja władz administracyjnych odsuwania lekarzy od bezpośredniego wpływu na zarząd ubezpieczeń społecznych, zrobienie z nich *urzędników*, pozostawienie im tylko głosu doradczego, może się jedynie niekorzystnie odbić na całej akcji ubezpieczeń.

Gdy się zwróci uwagę na fakt, że w 1924 roku dochód wszystkich Kas chorych w Państwie polskiem wynosił przeszło 113 i 1/4 miljonów złp. i że około 30% wszystkich lekarzy pracuje już dziś w Kasach chorych *jako urzędnicy* — to łatwo zrozumieć można, jak wielki wpływ zdobywa partja polityczna, trzymająca w ręku całą sprawę ubezpieczeń i opieki społecznej, o ile korzystniej możnaby użyć tych pieniedzy, gdyby niemi rozporządzały apolityczne władze sanitarne rządowe i jak potężnie, a zarazem niekorzystnie wpłynąć mogą Kasy chorych w obecnym ustroju administracyjnym na rozwój pracy zawodowej i nauki lekarskiej.

Niekonsekwencją wydaje się nawoływanie do kształcenia lekarzy w pracy społecznej, do wychowania lekarzy myślących i czujących społecznie, gdy jednocześnie przez rozdział spraw sanitarnych i tzw. opieki społecznej odejmuje się im teren pracy społecznej i zamienia na urzędników policyjno-sanitarnych, lub najwyżej na fachowych-doradców, zamiast oddać w ich ręce całą pracę na polu społecznem, na którem tak chlubnie odznaczali się dotąd bardzo liczni lekarze polscy.

Sztuczny rozdział spraw sanitarnych od spraw opieki społecznej był poważnym błędem, który obok innych jeszcze przyczyn pociągnął za sobą rozstrój i upadek wpływu naczelnych władz sanitarnych w Państwie, wywołał i wywołuje niezliczone spory kompetencyjne i naraża Rząd i samorządy na niepotrzebne wydatki.

Ten rozdział rzeczy ściśle ze sobą zespolonych sprowadza podwajanie niektórych urzędów. Jedna i ta sama sprawa załatwiana bywa obecnie w dwóch lub kilku Ministerstwach, względnie urzędach.

Błąd administracyjny popełniony u góry odbił się falą w urzędach II i I instancji i w najniższych komórkach administracyjnych — w gminach.

Gminy średnich i większych miast potworzyły obok urzędów zdrowia także osobne Wydziały opieki społecznej. Łatwo wyliczyć, ilu ludzi zbytecznych jest zajętych przytem i płatnych, ile na to niepotrzebnie wydaje się pieniędzy.

Przy połączeniu ze sprawami sanitarnemi opieki społecznej jeden lekarz w danym okręgu administracyjnym wystarczyłby przy opiece nad pracą, przy opiece nad ubogimi, nad oseskami, przy zwalczaniu klęsk społecznych, a już ubezpieczenia społeczne nie mogłyby istnieć i rozwijać się bez lekarzy. Gdy tymczasem przy obecnym rozdziale spraw sanitarnych od spraw opieki społecznej obok prawników musi jeszcze zawsze funkcjonować lekarz. Gdyby np. inspektorami przemysłowymi byli u nas tak, jak się to dzieje w Anglji wyłącznie lekarze — to jedna siła lekarska wystarczyłaby w zupełności w danym okręgu do kontroli nad robotnikami i warunkami ich pracy w warsztatach i fabrykach. Gdy jednak inspektor pracy, czy inspektor przemysłowy, nie będzie lekarzem — to obok niego niezbędna będzie jeszcze druga osoba, lekarz, bo czy opieka nad pracą, czy dzieckiem, czy opieka mieszkaniowa, czy inna społeczna opieka, to jest ona zawsze przynajmniej w 3/4 opieką sanitarną, która się bez pomocy lekarskiej obejść nie może.

Rozdział ten odbija się też niekorzystnie w budżecie państwowym, pozycje na opiekę nad dzieckiem, na zwalczanie klęsk społecznych i inne znajdują się pod rozmaitemi pozycjami w budżetach kilku Ministerstw.

Doświadczenie innych państw dostatecznie usprawiedliwia powyższe twierdzenia. W Anglji, gdzie w naczelnym urzędzie sanitarnym, złączone są sprawy ubezpieczeń społecznych, sprawy mieszkaniowe, zwalczanie klęsk społecznych, lub we Francji, gdzie od 1924 roku, również w jednym urzędzie naczelnym łączą się sprawy sanitarne z opieką społeczną tam niema sporów kompetencyjnych, praca idzie według jednolitego programu, a fundusze są celowo i oszczędnie użyte.

W Czechosłowacji zaś, gdzie podobnie, jak i u nas, rozdzielono sprawy zdrowia od opieki społecznej, istnieją ciągle spory kompetencyjne, brak jednolitego programu i niepotrzebne wydatki.

Najsilniejszem potępieniem istniejącego u nas dualizmu, jest krytyka obecnych stosunków w Państwie. Jakie bowiem korzyści odniosło Państwo z dotychczasowego rozdziału spraw sanitarnych od opieki społecznej? Chwalimy się wprawdzie, że posiadamy najlepsze i najbardziej postępowe społeczne ustawodawstwo ochrony pracy. Ale jakże wygląda to postępowe ustawodawstwo, gdy je zestawimy z brakiem pracy, mieszkań, z nieodpowiedniem i niedostatecznem odżywianiem się ludności, z ciemnotą, wysoką śmiertelnością ogólną, a w szczególności z wysoką śmiertelnością osesków, z faktem, że w przeciągu 7 lat istnienia Państwa Polskiego, zginęło więcej ludzi na samą tylko gruźlicę, niż ich straciliśmy podczas całej wojny, jednocześnie z brakiem wszelkiego programu polityki zdrowotnej, z niedomaganiem administracji, z upadkiem wpływu i autorytetu władz sanitarnych, z grożącym upadkiem nauki lekarskiej i wolnego stanu lekarskiego?

Ze względu na szkodliwe dla Państwa skutki, jakie wywiera dotychczasowy rozdział spraw sanitarnych od spraw opieki społecznej, na stosunki sanitarne, społeczne i ekonomiczne u nas, przy projektowanej reorganizacji naszej administracji rządowej i samorządowej postulat świata lekarskiego połączenia spraw zdrowia z opieką społeczną i wyłączenia tych spraw z pod wpływów partyjnych powinien być wzięty na uwagę.

OCENY.

Bandelier i Roepke. *Klinika gruźlicy.* (Die Klinik der Tuberkulose). Podręcznik i atlas całej nauki o gruźlicy dla lekarzy i studentów. Tom II, opracował Prof. dr. Otto Roepke. Wydanie 5—7. Lipsk 1926 (nakład C. Kabitzscha). Stron 778, ze 126 rycinami w tekście i 103 rycinami na 40 tablicach. Cena 34'50 marek.

Pomiędzy ponownem (5—7) wydaniem pierwszego i drugiego tomu tego poczytnego podręcznika upłynęły 2 lata z powodu śmierci Bandeliera, wskutek której cała praca około ulepszenia książki ciążyła na samym tylko Roepkem. Wobec ciągłego i znacznego postępu nauki o gruźlicy była to zaś praca wielka; właściwie też wszystkie rozdziały drugiego tomu zostały teraz przez Roepkego na nowo opracowane. Obejmują one gruźlicę wszystkich narządów z wyjątkiem dróg oddechowych. Objętość drugiego tomu wzrosła przez to ponowne opracowanie o 16 arkuszy druku i o 150 rycin.

Zanim powstanie podobna polska monografja gruźlicy, znajdzie z pewnością cenione dzieło Bandeliera-Roepkego i u nas wielu chętnych czytelników. *R.*

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

The Journ. of the Americ. Med. Association.

Vol. 85. Nr. 5.

Grove (Chicago). W przypadku *włośnicy (Trichinosis)* stosował autor małe dawki winianu antymonowo-potasowego *(antimony and potassium tartrate)* — środek stosowany przez Rogers'a w przypadkach Kala-azar.

Podawał dożylnie na każde 4'5 kg. wagi chorego 3—4 cm^3 świeżo sporządzonego 2% roztworu wody przekroplonej; zastrzyki stosował co 2-gi lub nawet 3-ci dzień, stopniując dawkę — nigdy wszakże poza 10 cm^3 na każde 4—5 kg. Metoda nie jest wolna od niebezpieczeństwa — gdy cząstka płynu dostanie się do sąsiedztwa; maximum działania osiąga się nim pasorzyt usadowił się w mięśniach; w wątpliwych przeto przypadkach — szczególnie durzycowatych — skrupulatne śledzenie za larwami *Trichinae spiralis* we krwi i w płynie mózgo-rdzeniowym jest konieczne. Gdy nie znaleziono pasorzytów — a wahająca się wciąż ciepłota z zaburzeniami żołądkowo-jelitowemi występuje obok eozynofilji, wtedy leczenie winianem antymonowo-potasowym powinno być zastosowane.

Vol. 85. Nr. 7. 1925 r.

W zespole Adams-Stokes'a (zupełny blok serca z napadami omdlenia i z drgawkami) — leczenie zwyczajne nawet wraz z zastosowaniem adrenaliny nie uchroniło 3 chorych, spostrzeganych przez autorów (Cohn i Lewine w Bostonie) od nawrotu napadów, podczas gdy chlorek baru *(barium-chlorid)* podawany doustnie w ilości 30 mg. trzy razy dziennie, zawsze był skuteczny i utrzymywał chorych wolnymi od napadów. Bar sprzyja wzrostowi pobudliwości komór i zapobiega długotrwającemu okresowi asystolji występującej w tych warunkach.

Pardee (N. York). *Medyczne leczenie nowotworów przysadki,* zdaniem autora, jest uzasadnionem wobec częstej bezskuteczności zabiegów operacyjnych. Leczenie przetworami gruczołowemi i — radjoterapja nie przedstawiają ryzyka — przy niezaprzeczenie nieraz osiągniętych korzystnych wynikach. Często też zdarzają się przypadki niezłośliwe w których inne dokrewne gruczoły zastępczo obejmują czynność przysadki, wytwarzając niejako „kompensację", wyrównanie braków, a chorobowe objawy nie postępują. Autor spostrzegł „pół tuzina policjantów w N. Jorku typowych akromegalików spełniających codziennie swoje obowiązki bez widocznych (chorobowych) przypadków *)".

Tego rodzaju przypadki chyba trudno zaliczyć do nowotworów — raczej byłyby to przypadki analogiczne do wola tarczycy z objawami hiper- lub hipotyreoidizmu. Szybko zmniejszająca się bystrość wzroku, wobec stwierdzonych zmian nerwu wzrokowego i ścieśnienia pola widzenia — wymaga natychmiastowej operacji tak jak i uszkodzenie znaczne siodła tureckiego, wskutek szybko rozrastającego się guza bądź złośliwego lub też łagodnego. Wspomniawszy o dobrych wynikach niektórych autorów amerykańskich, zaznacza P., że leczenie ma tu w dwóch kierunkach działać: łagodzić objawy pochodzące wprost od przysadki, powtóre objawy pochodzące od innych dokrewnych gruczołów lub od jakiegoś zakażenia; np. czasem potrzeba podawać przetwory tarczycy wzgl. jodek sodu, przetwory ciałka żółtego lub wyciągi jajnikowe — tembardziej, że schorzenia przysadki wytwarzają często zaburzenia innych hormonów.

Podawanie przysadki in substantia doustnie, najczęściej ulgę przynosi chorym, nieraz wszakże trzeba je uzujełnić zastrzykami podskórnemi z wyciągów tylnego płatu przysadki, w dawkach 0'5—1 ccm., 2—3 razy w tygodniu, wyjątkowo codzień. Gdy objawy słabną wystarczy raz na tydzień wyciąg — lub z przerwami, stosując leczenie doustne uzyska się poprawę. Radjoterapja sama daje dobre wyniki, a nieraz bardzo dobre w połączeniu z opoterapją. Autor podawał w jednym przypadku 0'065 gm. suszonej przysadki 3 razy dziennie, zaś wyciągu podskórnie 0'4 cc. 2 razy tygodniowo. Ponadto tarczycy 0'065, raz dziennie; — zastrzyki z wyciągiem przysadki przez cały rok stosowano u chorej z guzem przysadki (gruczolak); wzrok znacznie się poprawił, pole widzenia stało się obszerniejsze. W drugim przypadku u kobiety 23 letniej z znacznem upośledzeniem wzroku oka lewego, częściowo zniszczonem siodełkiem z powodu guza tylnego płatu przysadki, podawano wyciąg przysadki w ilości 0'05 3 razy tygodniowo artyreoproteiny jedną ampułkę dwa razy w tygodniu, obok 0'13 ciałka żółtego trzy razy dziennie. Trzeci przypadek dotyczy chłopca 11. letniego z apolydipsją i polyurją, zaburzeniami wzroku i t. d. objawami zbliżonemi do zespołu Fröhlicha. Raz dziennie podawano 0'13 gm. przysadki (płat przedni); całej przysadki po 0'07 trzy razy dziennie, — zaś wyciągu z przysadki ½ ampułki raz dziennie. Po półrocznej poprawie a 2 miesięcznej przerwie w leczeniu — wróciły bole głowy, wymioty, znaczne upośledzenia wzroku. Następnie zastosowane naświetlenie roentgenem sprowadziło znaczną poprawę. W czwartym przypadku chłopca 14-letniego z bolami głowy trwającemi od 1½ r., upośledzeniem wzroku, wytrzeszczem gałek — operowanym przez Harvey Cushing'a w Bostonie (transfrontalnie) — przyczem stwierdzono gruczolak przerastający siodełko — wystąpiły później objawy niepokoju, podniecenia, później znów senność. Prześwietlenie stwierdziło zniszczenie całej okolicy siodełka; — doustne podawanie całej przysadki, podskórne stosowanie wyciągu, wreszcie naświetlania roentgenem poprawiły b. znacznie stan chorego.

Wnioski: 1) Powiększenia przysadki bywają dwojakiego rodzaju, a) albo są to złośliwe nowotwory szybko wzrastające, b) albo też gruczolaki, strumy lub przerosty przysadki.

2) Pierwszy rodzaj: a) wymaga operacji; przeważna część typu, b) dostępna jest leczeniu medycznemu, opoterapeutycznemu i radjoterapji — podobnie jak schorzenia tarczycy nadają się do

---

*) Ten samoistny mechanizm opisał pierwszy Timme: Pluriglandular compensatory Syndrome — w 2. zeszycie Endarinology 1918 r. str. 209.

analogicznego leczenia; w razie konieczności wymagają zabiegu chirurgicznego.

3) Do terapji gruczołami nadaje się suszona przysadka doustnie i wyciąg podskórnie. W kombinacji z tem jako leczenie pomocnicze lub „substytucyjne" można użyć i innych dokrewnych gruczołów.

4) Niektórzy chorzy wracają do zdrowia przy powyższej terapji.

Vol. 85. Nr. 15. 1925.

Charles H. Franzierf francis C. Grant. Filadelfia. *Schorzenia przysadki na podstawie 100 przypadków* z uwagami w sprawie leczenia chirurgicznego. Dział to chirurgji wprawdzie, interesuje jednak w wysokim stopniu internistów. W klinice nerwowo-chirurgicznej spostrzegano od r. 1912 ogółem 175 przypadków tego schorzenia. Leczeniem przetworami gruczołowemi, uzyskano wyjątkowo tylko poprawę co do objawów wzmożonego ciśnienia. Miarą postępu choroby jest trójca objawów: nasilenie bólów głowy, rozmiary siodła — wynik badania dna oka (badania perymetryczne). I rontgenolog i okulista mają stwierdzić czy choroba postępuje czy też nie zmienia się, lub wreszcie czy się cofa. Czy uzyskane nieraz wyniki przez naświetlanie promieniami X są stałe czy też chwilowe, jest dotąd nierozstrzygniętą kwestią — w przypadkach początkowych można spróbować organoterapji lub radjoterapji — jednakże w przypadkach torbieli lub zwyrodnienia torbielowego — leczenie niechirurgiczne jest bezskuteczne.

Nasuwają się trzy pytania: 1) Kiedy schorzenie przysadki staje się zagadnieniem chirurgicznem?

2) Co można uzyskać przy postępowaniu operacyjnem?

3) Jakie są wyniki bezpośrednie i wyniki końcowe?

ad 1. Postępujący zanik n. wzrokowego, nieznośne bole głowy, wzrastające objawy akromegalji wymagają już zabiegu chirurgicznego. W końcowych okresach zabieg jest bezskuteczny.

ad. 2. Oprócz zadziałania na przypadłości wynikłe z zwiększonego ucisku śródczaszkowego (poprawa zaburzeń wzrokowych, bolów głowy) uzyskać można korzystne wyniki w szeregu innych objawów akromegalji wzgl. zespołu Fröhlicha (senność, siła mięśniowa, kształt rąk i nóg, nadmierna tusza i t. d.).

ad. 3. W miarę metod i postępu techniki, śmiertelność maleje. Autorzy na 29 operacyj od r. 1919 mieli 3·4 śmiertelności, a spodziewają się dalszej obniżki. W klinice nerwowo-chirugicznej stosują sposób „transnasalny" w miejsce sposobu „transkranialnego" gdzie nie ma wątpliwości, że schorzenie przeważnie przechodzi na siodło tureckie. Wspomniawszy o wysokiej (do 40% i wyżej) śmiertelności przy sposobach innych — zależnych również i od jakości schorzeń, stwierdzają autorzy, że w przypadkach operowanych od r. 1919—1923 r., w 35% uzyskali znakomitą poprawę wzroku, w 35% mierną, zaś w 27% wzrok pozostał niezmienionym wzgl. jeszcze się pogorszył — słowem zwiększenia pola widzenia i poprawę wzroku uzyskali w 70%. Na 100 chorych było 6 przypadków śmierci (w 3. 4. 12. miesięcy po opuszczeniu szpitala).

W 22% rychło po operacji wystąpiła poprawa objawów gruczołowych (dokrewnych).

Klasyfikacja 100 przypadków obejmuje 4 grupy: Wybitne dysfunkcje przysadki bez rozszerzenia siodła i bez objawów wzmożonego ucisku — nie wchodzą w zakres chirurgji (lecz „endokrynologa"). 2. Schorzenia nadsiodełkowe często wymagające pomocy chirugicznej. 3. Torbielowate guzy gardła częściowo w związku będące z zaburzeniami przysadki, stanowią one odrębny problem. 4. Pierwotne schorzenia przysadki lub śródsiodełkowe; w przeważnej większości dające powód do zabiegu chirurgicznego.

Etjologja: Na 65 mężczyzn było 35 kobiet; 53% jednako w drugiej i czwartej dekadzie wieku; 31% rozwijało się w drugiej i trzeciej dekadzie. Jeden chory liczył mniej niż 10 lat, trzynaście chorych liczyło ponad 50 lat, 4 liczyło 60 lat. Trwanie choroby: Czas od pojawienia się pierwszych objawów aż do zgłaszania się chorych wynosił od 6 miesięcy do 9 lat. Przyczyny usposabiające: W 11% zdarzały się w rodzinach przypadki zaburzeń endokrynnych; zaś jedynie w 6% można było wykazać uraz głowy; zakaźne choroby stwierdzono w 8%. Ani razu nie stwierdzono przyrody kiłowej schorzenia przysadki. W 5 przypadkach stosowano, po operacji, leczenie przeciwkiłowe z powodu dodatniego wyniku odczynu serologicznego — bez dowodu wpływu na dalszy przebieg.

Objawy początkowe: W 71% wystąpiły wcześniej zaburzenia wzroku: w 16% rozwinęły się później, w 87% właśnie upośledzenia wzroku były powodem leczenia się. Bole głowy w 27% stanowiły pierwsze objawy, — zaś w 61% wystąpiły późno. Umiejscowienie „bolu przysadkowego" (Cephalea pituitaria) 17 razy było z przodu (czoło), 5 razy zjawił się ból czołowo-potyliczny 7 razy czołowoskroniowy i t. d., a najczęściej czołowy, potem rzadziej potyliczny, i dwuskroniowy. Z objawów ocznych w 41% stwierdzono zanik n. wzrokowego i w więcej niż połowie przypadków istniała całkowita ślepota, jednego oka, z upośledzeniem wzroku na drugiem. W 45% stwierdzono żółtawe odbarwienie tarczy — cechujące zmianę schorzeń przysadki. Badania perymetrem mają tu wielkie znaczenie — wynik stanowi wskaźnik postępu choroby. Zniekształcenia siodła tureckiego — a przedewszystkiem roentgenogramu, nie tylko mają djagnostyczną wartość, ale wpływają również na wybór sposobu operacyjnego. Rozmiary siodła w wymiarze przedniotylnym wynosiły około 40—12 mm. raz wymiar ten wynosił 25 mm: wysokość około 10 mm. — wyjątkowo raz 22 mm.

Wnioski: Granice chirurgji przysadki zależa od trwania schorzenia. W okresach wczesnych — przed rozwiniętym zanikiem n. wzrokowego, nim rozwinęły się końcowe objawy czynnościowych zaburzeń może leczenie chirurgiczne mieć znaczne wyniki i zmniejszyć śmiertelność.

W dyskusji zauważa Franzierf, że w okresach najwcześniejszych można podawać przetwory przysadki lub wyciągi tarczycy; stosował on naświetlania, przyczem przez czas dłuższy powinno się chorego perymetrem kontrolować. Jeżeli mimo to objawy nie ustępują wzgl. się nie pogarszają, wtedy należy operować. Nawroty zdarzają się jakkolwiek rzadko; jeden chory dopiero po 7 latach okazywał nawrót; po operacjach naświetlanie umiejętne — roentgenem, ma wartość.

W przypadkach uzasadnionej wątpliwości czy ma się do czynienia z schorzeniem nadsiodełkowem czy też śródsiodełkowem — operuje autor drogą „transfrontalną".

Pisek (Lwów).

Pathologica.

Nr. 411 z d. 15. I. 1926.

Carlo Ghizetti. **O guzach śledzionowych.** Przedstawia przypadek 64-letniego mężczyzny u którego rozpoznano klinicznie: *Cirrhosis splenchepatica, bronchopneumonia, pleuritis exsudativa sinistra.*

W obrazie krwi dość znaczna niedokrwistość, prawidłowa ilość ciałek białych z eozynofilją i limfopenją.

Badanie sekcyjne wykazało obecność rozsianych prosówkowych gruzełków w opłucnej, w otrzewnej i w wątrobie; wątroba powiększona, śledziona dość duża z zachowanym rysunkiem, na przekroju guzy nieliczne od wielkości jaja do wielkości grochu.

Drobnowidowe badanie śledziony wykazało obecność komórek bradzo podobnych do megakarjocytów, wieloblastów, normoblastów i erytroblastów. Autor przypuszcza, że w przypadku powyższym należy rozpoznać pierwotny nowotwór śledziony o charakterze blastomatycznym o pochodzeniu najprawdopodobniej z tkanki szpikowej.

E. E. Franco -C. Alfonso. **O zmianach anatomicznych w narządach myszy poddanych działaniu smoły.** Zmiany te są przyrody przekrwieniowej, wysiękowej, zwyrodnieniowej i wytwórczej, a przyczyną ich jest bodziec sprowadzający w tkankach przewlekłe zmiany zapalne.

Manfredi Leonardo. **O wzmożeniu parcia krwi po adrenalinie.** Omawiając szczegółowo objawy wywołane po wstrzyknięciu 1 mgr adrenaliny u człowieka, zaznacza autor, że dożylne stosowanie adrenaliny daje wyniki odmienne.

W tym celu stosował ją dożylnie w ilości 0,05 mg.

W ten sposób uzyskiwał już między pierwszą a drugą minutą po wstrzyknięciu maximum wzmożenia parcia krwi, poczem parcie krwi nagle spadało do wysokości początkowej lub nieznacznie wyżej.

Dożylne próby adrenalinowe przeprowadzone na całym szeregu osobników wykazywały podobne zmiany w przebiegu krzywej parcia krwi.

Podobieństwo i zgodność tych wyników należy przypisać jednakowym warunkom wchłaniania się adrenaliny w stosowaniu dożylnem.

A. Corica. **O zawartości substancji tłuszczowych w różnych typach lasecznika gruźlicy.** Badania autora wykazały, że największy odsetek tłuszczu dającego się wyciągnąć eterem i chloroformem posiada lasecznik ludzki (19·57%).

Typus bovinus natomiast zawiera odsetek mniejszy (15·26%). Pozostałe zaś typy *gallinaceus* i *piscium* posiadają jeszcze mniejsze odsetki (około 13%).

W skład tych substancyj wchodzą także i lipoidy. Różnica powyższa w odniesieniu do zawartości tłuszczu w poszczególnych typach lasecznika przemawia przeciw tożsamości tychże typów, a popiera zapatrywanie Kocha, stojącego na stanowisku rozróżniania tych typów tak morfologicznie jak i biologicznie.

A. Sebastiani. **Zejście śmiertelne po przetoczu krwi w zimniczej hemoglobinurji.** Przedstawia przypadek 20-letniej kobiety cierpiącej od kilku miesięcy na zimnicę. Po kilkudniowym bezmoczu stwierdzono hemoglobinurję. Badanie przedmiotowe wykazało powiększoną twardą śledzionę. We krwi bardzo znaczna anemja z małą leukocytozą, tętno silnie przyśpieszone, ciepłota ciała podgorączkowa, stan ciężki. Wykonano przetocz 300 cm krwi po oznaczeniu grupowem. Nastąpiło polepszenie: Bezmocz i hemoglobinurja ustąpiły, tętno lepsze.

W 48 godzin później wystąpiły wodniste wymioty i bole głowy, a po tygodniu zejście śmiertelne.

Badanie sekcyjne wykazało w nerwach zmiany anatomiczne przypominające ostre śródmiąższowe zapalenie nerek. Autor przypuszcza, że w powyższym przypadku hemoglobinurji przetocz krwi był przyczyną zejścia śmiertelnego i zachęca równocześnie do dalszych badań o wpływie przetocza krwi na nerki.

Arzela I. **Peroksydaza leukocytarna.** Autor przedstawia zachowanie się peroksydazy leukocytarnej w różnych stanach chorobowych i fizjologicznych.

Pf. Fr. Purpura. **Zarazki raka i mięsaka.** Autorowi udało się wyosobnić z nowotworów złośliwych a to z raka i z mięsaka 2 rodzaje drobnoustrojów. Jeden z nich przypomina koki, drugi zaś ma kształt wydłużony, wrzecionowaty. 21 przypadków guzów złośliwych wykazało obecność wymienionych drobnoustrojów. Zarazki te barwią się błękitem metylowym i nie pochodzą od przypadkowych, zmniejszeń o czem świadczą próby kontrolne. Zarazem podaje szczegółowy opis ich wykazania. Autor przypisuje im z całą pewnością znaczenie chorobotwórcze.

Giuseppe Sangiorgi. **O wpływie radu na anafilaksję.** Na podstawie doświadczeń przeprowadzonych na obfitym materjale zwierzęcym wykazuje, że można obronić ustrój przed wstrząsem anafilaktycznym przez zadziałanie nań antygenami pozbawionemi własności wstrząsowych działaniem radjoaktywnych roztworów (dodanie roztworu radu do surowicy).

Z. Tomanek (Lwów).

Wiener Archiv f. Innere Medizin.

T. XI. Z. 2.

Bauer, (Wiedeń). *Przyczynek do patologji i rozpoznania różniczkowego moczówki prostej i pierwotnej polydipsji.* Posługując się piśmiennictwem i spostrzeżaniami własnemi sądzi autor, że ani niezdolność zagęszczania moczu i chlorku sodu, ani utrzymywanie się poliurji przy wstrzymaniu dowozu wody i podawaniu soli, ani zagęszczanie się krwi podczas tego, wysuwane jako typowe cechy prawdziwej moczówki prostej, nie dadzą się zastosować do rozpoznania różniczkowego względem t. zw. pierwotnej polydipsji, ponieważ mogą być lub nie istnieć w obu schorzeniach.

Podobnie skuteczność przetworów przysadkowych nie przemawia przeciw tej ostatniej, a raczej za pierwotną polydipsją, ponieważ efekt działania przy pierwszej jest zawsze przemijający, przy drugiej może sprowadzić, — zapewne tylko w leczeniu suggestywnem — wyleczenie.

Różnorodność i niestałość objawów moczówki prostej zależy według autora od umiejscowienia uszkodzenia w układzie śródmózgowo-przysadkowym, i jego rodzaju.

Decastello (Wiedeń). *Białaczka ostra, a posocznica.* Rozpatruje kwestję, czy ostra białaczka jest wywoływaną przez chorobę zakaźną i czy wogóle można uważać ją za samoistne schorzenie wobec zmian septycznych.

Podkreśla prowokacyjne znaczenie zakażeń dla niektórych przypadków białaczki ostrej i możliwość niekiedy ścisłego związku między nią, a procesami anafilaktycznemi.

Poddaje krytycznemu rozpatrywaniu 3 znane przypadki Sternberga, na których opierając się uznał tenże ostrą białaczkę za posocznicę z białaczkowym obrazem krwi, i przeprowadza na podstawie obrazu krwi, zmian w narządach, i obrazu chorobowego, ścisłą granicę między temi oboma stanami chorobowemi.

Dla wykazania możliwości związku między ostrą a przewlekłą białaczką, cytuje kilka przypadków, gdzie oba schorzenia występować miały rodzinnie, i zestawia podobieństwo obrazu krwi w ostatnich okresach białaczki szpikowej przewlekłej do białaczki ostrej.

Przypomina wreszcie przypadki Petrena i Odina, i Hofmana, którzy osiągali remisje neosalwarsanem.

Eisler (Wiedeń). *W sprawie roentgenologicznej djagnostyki guzów płuca.* Podkreśla ważność prześwietlania w różnych osiach, odmy rozpoznawczej, bronchografji lipiodolowej.

Holler (Wiedeń). *Badania nad przemianą chlorku sodu przy zaburzeniach wydzielniczych żołądka.* Przy wrzodzie żołądka i dwunastnicy istnieją odchylenia od normalnej przemiany chlorku i wody, czego miarą mogą być wyniki prób wodnych Vollhardta.

Wartości wydzielnicze idą nieraz równolegle ze stanem wydzielniczym żołądka w ten sposób, że przy wysokiej kwasocie treści żołądkowej następuje wydalanie wody w nadmiarze, z większem od normy wydalaniem chlorku sodu i przy obniżonej kwasocie wydalanie wody pozostaje poza normą, chlorku sodu jest większe.

Odpowiednio do większych kwasot przy wrzodzie dwunastnicy charakteryzuje ta próba szczególnie ten ostatni, rzadsze wrzody dwunastnicy ze zmniejszoną kwasotą zachowują się jak częstsze takie wrzody żołądka.

Odpowiednie odchylenia wartości wydzielniczych przy próbach wodnych znachodzą się niekiedy przy wszystkich innych zaburzeniach wydzielniczych żołądka.

Przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego przebiegające często ze zwiększoną kwasotą zachowuje się przy próbie wodnej jak wrzód dwunastnicy.

W związku z jednorazowem podaniem większej ilości płynu przychodzi przy nadkwaśnościach do przemijającego obniżenia poziomu chlorku we krwi, przypadającego na okres najwyższych wartości chlorku w soku żołądkowym. Temu obniżeniu odpowiada przy braku kwasu solnego w soku żołądkowym wzmożenie procentowej zawartości chloru we krwi.

W przypadkach raka żołądka, następuje obniżenie wydalania wody i chlorku sodu. Przy nadmiernie wysokich zawartościach chlorku jakie niekiedy znachodzą sie w treści żołądkowej rakowatych mimo braku wolnego HCl, wydalanie wody i soli u. osobników niecharłacznych odbywa się parwidłowo.

Kollert i John, (Wiedeń). *O usunięciu idjomuskularnej nadwrażliwości. Przyczynek do działania cukru gronowego i insuliny na czynność mięśni.* Insulina wstrzyknięta równocześnie z hypertonicznym roztworem cukru gronowego wzmaga u chorych niecharłaczych zdolność cukru obniżania pobudliwości idjomuskularnej. Podobnego wyniku nie dają wstrzykiwania innych roztworów hypertonicznych, n. p. kanozanu soli fosforowych, co wskazuje na zaburzenia w gospodarce węglowodanowej jako przyczynę zwiększonej pobudliwości. Przemawia za tem także występowanie jej po większych wysiłkach cielesnych, u osobników charłaczych.

Kugler, (Gmunden). *Gruźlica, a zdolność do pracy.* Zwraca uwagę na znaczenie zdolności do pracy dla etjologji i przebiegu gruźlicy, dla wczesnego rozpoznania i leczenia tejże. Nagłe przejście od ławy szkolnej do wytężającej pracy we wczesnym wieku, przy współudziale rozwijającego się życia płciowego, obniżają znacznie zdolności obronne ustroju, tak wybitne w młodym wieku. Późniejsze wyrównanie zdolności do pracy z warunkami obronnymi ustroju może być zaburzone nadzwyczajnem przeciążeniem pracą w nieodpowiednich warunkach n. p. podczas wojny, wtórnem zakażeniu w chirurg. schorzeniach gruźliczych i t. d.

Dla rokowania w przebiegu i sądu o aktywności gruźlicy ważnem jest spostrzeganie odczynów miejscowych i ogólnych podczas menstruacji lub mniejszych i większych wysiłków fizycznych.

Podkreśla autor ważność opieki pozaszpitalnej nad gruźliczymi, szczeg. ciężko pracującemi kobietami, większe znaczenie ujemne karmienia dzieci niż ciąży, wreszcie konieczność określania indywidualnej zdolności do pracy przy udzielaniu porady lekarskiej.

Danda i Haam (Wiedeń). *Przyczynek do sprawy wpływu śledziony na gospodarkę żelazem w ustroju.* Z doświadczeń na szczurach wysnuwają następujące wnioski: Samo wycięcie śledziony u szczurów nie wpływa wcale na histo-chemicznie dającą się wykazać zawartość żelaza w różnych narządach, szczególnie w wątrobie, a wybitniejsze składanie żelaza (siderosis) w narządach ma miejsce tylko wtedy, jeżeli chorowały one na zakaźną złośliwą niedokrewność szczurzą, co występuje również u szczurów niepozbawionych śledziony.

Z powodu nieuwzględniania tej choroby u szczurów, uważają autorowie wnioski Lepehna z doświadczeń nad skutkami wycięcia u nich śledziony, za nieuzasadnione.

Nie wytrzymuje również krytyki podział siderozy na asymilacyjną i ekskretoryczną, ustalony w doświadczeniach na gołębiach i morskich świnkach przez Chevalier'a.

Kwestję wpływu śledziony na gospodarkę żelaza w ustroju uważają autorzy za zupełnie jeszcze otwartą.

Petschacher (Insbruck). *Przyczynek do kliniki zapaleń uchyłka Mechella.* Ze względu na rzadkość istnienia uchyłka Mechella a w szczególności jego zachorzeń, podaje P. opis spostrzeganego przez siebie przypadku, podkreślając długotrwałe wybitne bole w okolicy pępka i możliwość stania się punktem wyjścia dla zakażenia ogólnego, jak w powyższym przypadku.

Pollitzer i Stolz: *Badania nad patologją oddechowej przemiany materji.* Doniesienie III.

Posselt (Insbruck). *O patologji i klinice pierwotnej miażdżycy tętnicy płucnej.* Duża część pracy poświęcona jest polemice i rozpatrywaniu odnośnej literatury. Na zasadzie poprzednich prac przeprowadza autor granicę między pierwotną, a wtórną miażdżycą tętnicy płucnej, a opierając się o badania własne i obce, podaje dokładny jej obraz kliniczny.

Rozpoznanie jej nastręcza zawsze poważne trudności ze względu na trudność wykluczenia utajonego zwężenia zastawki dwudzielnej, i pewnych wrodzonych wad serca, dających zupełnie podobne objawy kliniczne.

Starlinger i Strasser, (Wiedeń), w tymczasowem doniesieniu *o odmiennem zachowaniu się t. zw. grupowych agglutynin w świeżej surowicy i osoczu krwi ogłaszają* wyniki badań nad kwestją, czy istnieją ilościowe i jakościowe różnice w aglutynującem działaniu surowicy i osocza. Stwierdzili oni wybitne różnice ilościowe, a to wzmożoną przeważnie zdolność aglutynacyjną osocza w stosunku do surowicy w gr. III. i odwrotnie surowicy w gr. II. Z różnic jakościowych stwierdzili w serologicznej gr. II. przesunięcie osocza do gr. IV, uważając za możliwe jednak i przesunięcie do gr. III., i w gr. serologicznej IV. Podkreślają w końcu ważność stwierdzania przynależności grupowej obu składników krwi przy przetaczaniu krwi.

Stolz (Wiedeń). *O ostrych, zapalnych, krwiopochodnych schorzeniach nerek.* Ilość i jadowitość zarazków, punkt zadziałania ich, wzgląd, że mogą mnożyć się w samej nerce i krążyć pojedyńczo w krwi lub zbite przez zakrzep być wniesione do nerek, są miarodajne dla powstania postaci ostrych zapalnych schorzeń nerek.

Wychodząc z tego założenia dzieli je autor na zapalenia ropnicowe, posocznicowe i toksynaemiczne z wieloma podgrupami, i podział ten uzasadnia.

Wittgenstein: *O skazie wysiękowej w odniesieniu do roślinnego układu nerwowego. Przyczynek do kazuistyki wyprysku dziecięcego, dusznicy oskrzelowej i napadowego bicia serca.* Opisuje przypadek skazy wysiękowej z dusznicą oskrzelową, interesujący przez powikłanie z napadowem biciem serca i przez przekazanie całego tego zespołu potomstwu. Zwraca uwagę na możliwy związek skazy wysiękowej z zaburzeniami w wegetatywnym układzie nerwowym.

T. XI Z. 3.

Scherf i Shookhoff (Wiedeń). *O zaburzeniach w przewodzeniu bodźców w wiązce Hisa.* II. doniesienie.

Singer (Baden). *O zespole Cheyne-Stokesa, jako obwodowem zaburzeniu krążenia w zakresie ośrodka oddechowego.* Cechą zespołu objawów Cheyne-Stokesa jest według Wassermanna szereg rytmicznie występujących naprzemiennych objawów ze strony narządów czynnościowo sobie przeciwnych, które rozciągają się na cały zakres narządów, zależnych od nerwowego układu wegetatywnego, wzgl. mózgowo-rdzeniowego. Zjawiska te mają być skutkiem głodu tlenowego, zależnego od zmian zachodzących w lewej komorze i tętnicy głównej.

Autor sądzi, że występowanie zespołu Cheyne-Stokesa zależy nietyle od wspomnianych zmian, ile raczej od wydolności naczyń obwodowych i włosowatych w ośrodku oddechowym, uwarunkowanej stanem mięśni i ścian naczyniowych w odniesieniu do przepuszczalności gazów i materjału odżywczego, krążącego między krwią, a tkankami.

Leczenie więc zespołu Cheyne-Stokesa jako objawu obwodowego zaburzenia w krążeniu nie może podlegać w żadnym razie na usuwaniu duszności (n. p. morfiną) tylko na podtrzymywaniu krążenia. Najlepsze wyniki otrzymywał autor dożylnemi zastrzykami strofantyny, podawaniem verodigenu, doraźnie przez Lobelinę, Astmolizynę i adrenalinę.

Lenk, (Wiedeń). *Badania roentgenologiczne nad kwestją przesuwalności wysięków opłucnowych przy zmianie położenia.* Autor przeprowadził 17 badań roentgenologicznych w przypadkach wysięków o różnej etjologji (gruźlica, zrakowacenie, guz śródpiersia i tło nieznane).

W 10 przypadkach jasne w pozycji stojącej chorego pola płucne wykazywały natychmiast przy zmianie położenia na poziomie. wzgl. Trendelenburga wydatne zaciemnienie odpowiedniego górnego pola płucnego, — w 5 przypadkach zjawisko to wystąpiło tylko jako mniejsze lub większe zmętnienie, w 2 próba wypadła ujemnie. Powyższe zmiany w odpowiednich obrazach tłumaczy L. rzeczywistem przemieszczaniem się płynu, różnice w wydatności tego przemieszczania, w jego rozległości i szybkości należy tłumaczyć różnemi jakościowo i ilościowo przeszkodami, jakie płyn spotyka na swojej drodze, t. j. zlepami i zrostami.

Wielkość i czas trwania wysięku, jakość jego, nie mają wpływu na proces przemieszczania się.

Ze względów praktycznych zjawisko to ma ważne znaczenie rozpoznawcze, n. p. między wysiękiem a zrostami, naciekiem, niedodmą lub guzem, dalej dla wykazania utajonego wśród wysięku nowotworu lub innych spraw rozgrywających się w dolnych częściach płuc; — mała przesuwalność przy ostrym wysięku świadczyć może o nawrocie, więc o możliwości otorbionego wysięku wielokomórkowego. Z powyższych badań wynika również wskazanie do sporządzania zdjęć szczytów płucnych tylko z postawy pionowej.

Spostrzeżenia swoje omawia autor obszernie ze względu na zakrzepłe oddawna mniemanie większości klinicystów o nieprzesuwalności zapalnych wysięków opłucnowych.

Chiari i Dantwitz: *Prawidłowa ciąża i poród w przypadku naświetlanej radem białaczki przewlekłej.* Ze względu na rzadkość ciąży przy białaczce przewlekłej (znanych dotychczas 10 przypadków), opisują autorzy dokładniej przebieg choroby, leczenia i ciąży u chorej na białaczkę szpikową, zwłaszcza, że jest to 5 przypadek znany ciąży donoszonej, a pierwszy dopiero takiej ciąży u chorej leczonej skutecznie radem.

Przypadek powyższy daje wgląd na mało jeszcze rozpatrywaną sprawę leczenia radem przewlekłej białaczki szpikowej i stanowi przyczynek do znajomości wpływu uprzedniego naświetlania radem brzucha na zdolność płodzenia i na potomstwo.

Edelman, Karlsbad: *O badaniu diurezy przy użyciu karlsbadzkiej wody mineralnej.*

W Pol. Gaz. Lek. Nr. 49. z 1925, str. 1043.

Krasso i Nothnagel: *Nietypowa gruźlica (ptasia?) przy białaczce szpikowej.* Zestawiają szczegółowo piśmiennictwo tyczące gruźlicy ptasiej, zwłaszcza w odniesieinu jej do gruźlicy zwierzęcej i ludzkiej, ze względu na trudności w ustaleniu właściwości tego typu.

Opisują następnie przypadek białaczki szpikowej powikłanej schorzeniem gruźliczem o niezwykłym przebiegu, wywołanym prawdopodobnie prątkiem gruźlicy ptasiej wreszcie rozpatrują wzajemne oddziaływanie na siebie obu scorzeń.

Zdansky, Wiedeń: *O próbach leczenia bakterjofagami zakażeń odwodzących dróg moczowych prątkiem okrężnicy.* Donosi o 20 przypadkach zakażeń dróg moczowych prątkiem *coli* i *paracoli*, leczonych instylacjami swoistych bakterjofagów, z pomyślnym wynikiem w 6 przypadkach. Przeprowadza rozbiór zjawisk rozgrywających się w drogach moczowych po instylacjach bakterjofagów do pęcherza i miedniczek, zestawia w końcu piśmiennictwo.

Sachs i Kelen, Wiedeń: *Odczyn skłaczania trypsyny w surowicy i jego biologiczne znaczenie.* W nawiązywaniu do poprzednich prac Sachsa podają autorzy modyfikację zamieszczanej tam metodyki i donoszą o wynikach wspomnianego odczynu w różnych sprawach chorobowych.

Pozajelitowe stosowanie ciał białkowych lub trypsyny nie zwiększa wskaźnika skłaczania trypsyny, zmniejsza go lub znosi podwiązanie przewodu trzustkowego lub wyłuszczenia trzustki.

Stąd wniosek, że odczyn skłaczania trypsyny wzgl. odczyn z antitrypsyną wywołany jest wyłącznie przez trypsynę wessaną z jelit.

Jochweds, Wiedeń-Warszawa. *Gospodarka wodna a układ siateczkowo śródbłonkowy.* Badając wzajemny stosunek spraw wymienionych w tytule dochodzi J. do następujących wniosków:

1) zwykła próba wodna nie wywołuje żadnych, lub prawie żadnych zmian w krwi osobników zdrowych.

2) Przy próbie wodnej po poprzedniej blokadzie układu siateczk. śródbł. (przez dożylne wstrzyknięcie 10 cm³ elektrokollargolu na 10' przed próbą), wydalanie wody jest opróżnione i zmienione.

3) Po blokadzie wywiązuje się u człowieka jak również u królika przejściowa hydremja.

4) Opóźnienie wydalania wody i rozcieńczenie krwi po blokadzie ukł. ś. śródbł. jest wyraźniejsze u chorych ze skłonnością do pozanerkowego zatrzymania wody.

5) Opisane zjawiska są nowym cennym przyczynkiem do pozanerkowego zatrzymania wody w ustroju.

Eljas, Güdemann, Roubitschek, Wiedeń *Insulina a cukromocz ciężarnych.* Z doświadczeń autorów wynika:

Małe dawki insuliny wzmagają niekiedy ilość cukru we krwi.

Po dożylnem wstrzyknięciu dekstrozy wzrasta ilość cukru we krwi jednakowo u kobiet normalnych i ciężarnych.

Jako przyczynę cukromoczu ciężarnych nie da się wykazać czynnika pośredniego, np. uszkodzenia czynnościowego wątroby.

Poziom cukru we krwi, przy którym jeszcze odbywa się wydalanie cukru drogą nerek jest niższy u ciężarnych niż kobiet normalnych.

Po zastrzyku insuliny zwiększony przez spożycie cukru jego poziom w krwi opada mniej u ciężarnych i miesiączkujących kobiet, niż u normalnych.

Mossor, Lwów.

Zentralblatt für Gynäkologie.

Nr. 6. 1926 r.

N. Temesvary. **Wpływ wyciągu grasicy na czynność macicy i jego zastosowanie praktyczne w położnictwie.** Wyciąg z grasicy pobudza odosobniony mięsień maciczny do skurczów rytmicznych. Autor stosował go także u rodzących celem wzmocnienia bolów porodowych, bez nadzwyczajnych wyników. Natomiast mieszanina wyciągu grasicy i przysadki mózgowej (*Thymuitrin* — G. Richter lub *Thymoplusin themosan* Wiedeń) stosowana na mięsień maciczny odosobniony, a następnie w ponad 100 przypad. porodów dała dobre wyniki. Działanie polega na tem, że na szczycie tonicznego skurczu wywołanego działaniem przysadki występują rytmiczne skurcze wywołane działaniem wyciągu grasicy. Najlepsze działanie obserwował autor w I i II okr. porodu, przy stosowaniu preparatu celem wzmocnienia bolów porodowych. W żadnym wypadku nie obserwował uszkodzenia matki lub dziecka. Przeciwwskazanie: niestosunek porodowy, uraz porodowy, wady rozwojowe, schorzenie nerek.

O. Khoór. **Przypadek Hyperthyroidismus wyleczony operacyjnem wytrzebieniem.** U 30-letniej kobiety z wybitnemi objawamiBasedowa wykonano wskutek włókniaków usunięcie macicy wraz z jajnikami torbielowato zwyrodniałemi. Po operacji objawy choroby Basedowa ustąpiły.

E. O. Schock. **Heterotopowe bujanie doczesnej na przedniej ścianie pochwy.** W opisanym przypadku znalazł autor wysepkę o utkaniu doczesnej na przedniej ścianie pochwy. Przypuszcza że powstała ona jako implant podczas uprzednio wykonywanego cięcia cesarskiego pochwowego.

G. Frommolt i L. Mohloff. **Znaczenie próby szybkości opadania krwinek w ginekologji.**

O. Silzer. **Doświadczenia nad wartością próby szybkości opadania krwinek.** Autorowie obu artykułów dochodzą zgodnie do wniosku, że: 1) Przy guzach zapalnych przeciwwskazana jest operacja, jeżeli szybkość o. k. jest większą niż 60 min. 2) W przyp. guzów nizapalnych s. o. k. jest prawidłową,. 3) W przyp. ciąży zewnatrzmacicznej utrzymanej s. o. k. jest prawidłowa, co może być cennym objawem przy różniczkowaniu jej z zapalnym stanem przydatków, 4) S. o. k. zwiększa się ze stopniem zaniedbania raka.

N. Cukor. **Znaczenie próby szybkości opadania krwinek w zachowawczem leczeniu zapalnych stanów przydatków.** S. o. k. może dać cenne wskazówki w leczeniu zachowawczem stanów zapalnych przydatków.

O. M. Mansfeld podaje opis instrumentu do chwytania moczowodów trąbek, wiązadeł obłych i naczyń.

E. Konrad. **Tutakaina w znieczuleniu lędźwiowem.** Autor poleca w celu uzyskania dobrego znieczulenia lędźwiowego trwającego przeciętnie 116 min. stosowanie dużych dawek tutokainy (0,075) w 15 min. przed znieczuleniem otrzymuje chory 0,0005 c. strychn. nitr.

T. Clauser. **W sprawie leczenia poronień zakażonych.** Na podstawie statystyki klinicznej dochodzi autor do wniosku, że 1) w przyp. poronień zakażonych należy jak najszybciej opróżnić jamę macicy i to instrumentalnie, a nie ręką. 2) Leczenie zachowawcze może być usprawiedliwione, jedynie stanem zapalnym otrzewnej lub ogólnem zakażeniem. 3) Leczenie czynne daje bardzo dobre wyniki.

J. Krzyżanowski (Lwów).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach:

A. Piśmiennictwo polskie.

Zdrowie nr. 3 z r. 1926. J. Pollak: Gospodarka sanitarna samorządów ziemskich na podstawie budżetów z r. 1924. — J. Cwojdzińska: Badanie elementarzy polskich pod względem higjenicznym.

Przegląd dermatologiczny nr. 1 z r. 1926. Watraszewski: Wytyczne racjonalnego leczenia przymiotu. — R. Bernhardt: Przyczynek do znajomości choroby Bowen'a. — W. Morawski: Przymiot u prostytutek w świetle badań serologicznych.

Przegląd dentystyczny nr. 2 z r. 1926. H. Gelbard: Nowoczesne metody leczenia i plombowania korzeni zębowych. — St. Krzakowski: Postępy lecznictwa i profilaktyki stomatologicznej.

Archiwum historji i filozofji medycyny, oraz historji nauk przyrodniczych T. IV, zeszyt 1. A. Wrzosek i R. Wierzbicki: Początki stosowania auskultacji w Polsce. — W. Ziembicki: Baltazar Hacquet. — J. Lachs: Anselmus Ephorinus. — W. Talko-Hryncewicz: O dawnych lekarzach Wileńskich. — W. Szumowski: Najbliższe zadania filozofji medycyny. — St. Nussbaum: Medycyna jako nauka stosowana. — J. Trzebiński: Przesąd w medycynie.

Polski Przegląd oto-laryngologiczny. Tom II, lipiec-październik 1925, zeszyt 3—4. Dr. Teodor Heryng. — J. Szmurło: Bliższe i dalsze następstwa operacji doszczętnej ucha środkowego. — T. Wąsowski: Laseczniki Vincenta w klinice oto-laryngologicznej. — A. Laskiewicz: O złamaniach i zwichnięciach chrząstek krtaniowych. — A. Laskiewicz: O leczeniu przewlekłych zwężeń krtani, tchawicy i oskrzeli i udział w pracach nad niemi polskich laryngologów. — L. Guranowski: Badanie uszów, nosa i gardła w szkołach powszechnych. — D. Hellin: O rozbieżności objawów błędnikowych. — T. Wąsowski: Przypadek chłoniaka gardzieli. — P. Rozwadowski: Przyczynek do leczenia schorzeń jamy nosowej.

Życie medyczne. Rok II, luty 1926, zeszyt I. Sprawa cofnięcia stypendjów. — W sprawie zcentralizowania klinik. — Liga akademicka przeciwalkoholowa. — Studja lekarskie we Francji, a u nas. — J. Kroszczyński: Działanie porównawcze przetworów tarczycowych i tyrotoksyny na kijanki.

Klinika oczna zeszyt IV z r. 1925. prof. J. Szymański i prof. S. Władyczko: Jaskra prosta doświadczalna. — Prof. K. Noiszewski: Nieżyty a jaglica. — Doc. Brudzewski: Nowy sposób barwienia plam rogówkowych. — J. Abramowicz: O skroniowem ścieśnieniu pola widzenia podczas ciąży. — A. Wieczorek: Pole widzenia u chorych na paralysis progressiva. A. Maciesza: Oczodoły Polaków i Polek. — Prof. W. Kapuściński: O jaskrze obrzękowej doświadczalnej. — W. St. Melanowski: Przypadek późnego zapalenia jagodówki po operacji Langrange'a zakończony wyleczeniem. — Prof. K. Noiszewski: Sclerectomia optica. — J. Kerszman. Do kazuistyki pomyślnie zakończonych współczulnych zapaleń nerwu wzrokowego.

Lekarz Polski, nr. 3 z r. 1926. J. Bujalski: Nowe ubezpieczenia społeczne w stosunku do stanu lekarskiego. — J. Zieliński: Dwa światy. — Rudolf: Zagadnienia inżynierji sanitarnej. — A. Przyborowski: W obronie zawodu lekarskiego. Interpelacja klubu sejmowego P. P. S. — M. Jerzewski: Na marginesie interpelacji. — A. Piotrowski: Przypadek zaduszenia dziewczynki lat 6-ciu podczas usiłowania dokonania stosunku płciowego. — S. Czerwiński: Mała chirurgja i pielęgnowanie ciała. — T. Hilarowicz: W sprawie kodeksu kar dyscyplinarnych w Izbach lekarskich. — Stanowisko Izby lek. Warszawsko-Białostockiej w sprawie interpelacji. — B. M.: Stosunek lekarzy do Zarządu Kasy chorych m. st. Warszawy.

B. Piśmiennictwo niemieckie.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. Monachium (J. F. Lehmann) 1926. Zeszyt 2 (luty) Cena 2 Mk. n. Treść: 1) Prof. dr. A. Hoffmann: Krążenie. — 2) Hofbauer: Trwałe zmiany w narzadach klatki piersiowej po operacjach górnych dróg oddechowych. — 3) Sachs: Przegląd piśmiennictwa z zakresu chorób krążenia. — 4) Adlersberg: Przegląd piśmiennictwa z zakresu chorób narządu oddechowego.

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. - ZJAZDY.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

XXXIV. Posiedzenie naukowe w dniu 11 grudnia 1925 r.

Przewodniczy kol. Zgórski. Obecnych 96 członków.

1. Przewodniczący dziękuje kol. Domaszewiczowi za gościnę w nowym pawilonie chorób nerwowych i umysłowych szpitala powszechnego i składa mu serdeczne życzenia owocnej pracy.

2. Przewodniczący zawiadamia, że do Towarzystwa Wileńskiego lekarskiego wysłano pismo następującej treści:

„Niedające się zwalczyć przeszkody nie pozwalają nam, niestety na wzięcie udziału osobistego w uroczystym obchodzie stodwudziestoletniego istnienia Czcigodnego Bratniego Towarzystwa Waszego. Gorącem sercem i najżywszemi uczuciami łączymy się jednak w duchu z wszystkimi, niosącymi hołd i oddającymi cześć głęboką w uroczystej chwili dla tyloletniej pracy Szanownego Towarzystwa Waszego.

Cześć wiekopomnej zasłudze Jego Twórców! Cześć nieprzerwanej kulturalnej pracy w prastarym Grodzie, z którym wiąże się tyle drogich sercom naszym tradycyj dziejowych, pracy wśród zmiennych najcięższych niejednokrotnie warunków, narzucanych

przez fale dziejowych wydarzeń, pracy zawsze szczytnej, wytrwałej, owocnej!

Chlubą jest ta praca Ojczyźnie naszej wobec Europy, chlubą zawodowi naszemu, chlubą synom Polskiej Ziemi.

Duchem widzimy wzmożony jeszcze rozkwit tej Waszej ciągłej pracy w Wolnej Ojczyźnie, ku Jej dobru i sławie i rozkwitu takiego życzymy Wam gorąco.

Vivat, crescat, floreat Wileńskie Towarzystwo Lekarskie!

3. Kol. Demianowska pokazuje: a) przypadek **guza płatu skroniowego prawego.** Chora R. S., lat 14. ma od 7 miesięcy prawie stałe bóle głowy z zawrotami, bez nudności, i wymiotów. Od tego też czasu zauważyła upośledzenie wzroku. Objektywnie stwierdzono: Lewostronną hemianopsię z reakcją hemianoptyczną źrenic na światło. Dno oka: zanik n. wzrokowego, obrzęk brodawki obu ócz. Wypuk czerepowy nad całą czaszką wybitniejszy po stronie pr. Nadto stwierdzono: lekką niezborność móżdżkową, zbaczanie prawej kończyny na zewnątrz przy wyprostowaniu jej w stawie łokciowym i barkowym. Przejściowo nystagmus. Wynik nakłucia lędźwiowego : ciśnienie wzmożone, limf. 71/3, ujemna krzywa ze złotem kolloidowem. Badanie Roentgenologiczne wykazało objawy wzmożonego ucisku wśródczaszkowego. Wobec wybijającej się na plan pierwszy hemianopsji nowotworowej z reakcją hemianoptyczną źrenic przy braku innych objawów lokalizacyjnych rozpoznano: guz płata skroniowego prawego. Inne objawy w naszym przypadku, występujące tylko w formie zaznaczonej, jak zbaczanie prawej ręki na zewnątrz, niezborność móżdżkowa i nystagmus dadzą się pomieścić w ramach tego rozpoznania. Wynik badania dna oka,, płynu mózgowo-rdzeniowego i zdjęcie roentgenologiczne czaszki świadczą tylko o wzmożonem ucisku wśródczaszkowym;

b) **Pokaz preparatu anatomicznego mózgu chorego z guzem w zaułku mostkowo-móżdżkowym lewym.** Przypadek ciekawy, ponieważ mimo dużych rozmiarów guza i typowego usadowienia nie było klinicznie żadnych objawów, któreby pozwoliły na dokładną lokalizację. U chorego tego 21-letniego bez obciążenia dziedzicznego dotąd zdrowego wystąpiły przed 6. miesiącami napadowe krótkotrwałe bóle głowy w okolicy czołowej bez nudności, zawrotów głowy i wymiotów. Z czasem bóle głowy stawały się silniejsze, od sierpnia dołączyły się wymioty co kilka dni i szum w uszach początkowo w prawem, w ostatnich tygodniach także w lewem. Od sierpnia postępujące szybko pogorszenie wzroku tak, że podczas przyjęcia na klinikę miał poczucie światła i rozpoznawał zaledwie duże przedmioty w zarysach. Objektywnie stwierdzono: czerepowy wypuk czaszki zwłaszcza po stronie lewej, źrenice szerokie ze zniesioną reakcją na światło i przystosowanie, odruchy rogówkowe po lewej stronie nieco gorsze od prawej. Brak oczopląsu, słuch dobry. Prawy dolny n. twarzowy nieco gorszy od lewego, język nieco zbaczał na prawo. Siła motoryczna w kończynie górnej prawej nieco słabsza, odruchy ścięgniste i okostnowe po prawej stronie nieco żwawsze, ślad bezładu po stronie lewej. Odruchy brzuszne bez różnicy. Na kończynach dolnych po prawej żywsze odruchy kolanowe, klonus rzepki obustronnie zaznaczony. Odruchy Achillesa bez wyraźnej różnicy, nie kloniczne. Odruch podeszwowy prawy słabszy. Babińskiego i innych odruchów patologicznych brak. Ślad bezładu po stronie lewej, Romberg dodatni. Wyraźna ataksja cerebellarna.

Na dnie oka: *oedema papillae oculi utriusque haemorrhagica.* Roentgenologicznie: stwierdzono objawy wzmożonego ucisku wśródczaszkowego i zniszczenie siodełka tureckiego. Wobec powyższych objawów a mianowicie: szybko postępująca tarcza zastoinowa z utratą wzroku, ataksja cerebellarna, dodatni Romberg i zaznaczone objawy z dróg piramidowych, rozpoznano: tumor w tylnej jamie czaszkowej, a wobec grożącej ślepoty zdecydowano się na nakłucie Brahmanna, celem zmniejszenia ucisku wśródczaszkowego. Słabo wyrażone objawy kliniczne nie pozwalały na bliższą lokalizację. Romberg, ataksja cerebellarna, obniżenie odruchu rogówkowego po jednej stronie, a zwłaszcza przebieg zmian ocznych uzasadniały tylko rozpoznanie sprawy chorobowej w tylnej jamie czaszkowej. Wykonano nakłucie Brahmanna, a następnie wobec braku poprawy zdecydowano się na trepanację dekompressyjną w okolicy potylicznej. Sekcja wykazała tumor w zaułku mostowo-móżdżkowym. Klinicznie nie można było stwierdzić tej lokalizacji z powodu braku typowych zmian ze strony nerwu twarzowego i słuchowego, lekkie obniżenie lewego odruchu rogówkowego, bez jakichkolwiek innych objawów zajęcia nerwu trójdzielnego, mogło być uważane tylko jako wskazówka dla lokalizacji guza w tylnej jamie czaszkowej. W tem też znaczeniu można było tłumaczyć niezborność móżdżkową i objaw Romberga. Lekkie objawy zajęcia dróg piramidowych po prawej były wynikiem ucisku guza na rdzeń przedłużony powyżej skrzyżowania, jak wskazywał obraz sekcyjny, za życia jednak objaw powyższy nie mógł wskazywać na specjalną lokalizację w zaułku, bo tak samo mógł pochodzić z ucisku od strony móżdżka i to tak z prawej jak i lewej strony. Dlatego też klinicznie rozpoznawano tylko guz tylnej jamy czaszkowej. Brak objawów lokalizacyjnych przy stosunkowo dużym rozmiarze guza da się wytłumaczyć miękkością nowotworu (naczyniak) i skutkiem tego małym uciskiem lokalnym.

Przypadek ten nadto jest dowodem, że nawet zupełnego zniszczenia siodełka tureckiego jak wskazywała płyta Roentgenologiczna nie można uważać za objaw lokalizacyjny guzów przysadki mózgowej, a jedynie za objaw wzmożonego ucisku wśródczaszkowego.

c) **Przypadek guza rdzenia;** chora lat 38, dotychczas zdrowa bez obciążenia dziedzicznego. Przed półtora rokiem wystąpiły bóle, parestezje i przeczulica w okolicy podbrzusza obustronnie i w lewej nodze. Objawy te występowały napadowo i trwały po kilkanaście minut. Przed rokiem pojawił się niedowład lewej nogi, poczem przeszedł także na prawą. Przejściowo nieznaczne zaburzenia pęcherzowe, również przejściowo obniżenie czucia na wszystkie rodzaje, sięgające do D. V. Objawy porażenne stale się pogarszają, jak również bóle, które obecnie trwają prawie stale z czasowemi zaostrzeniami o charakterze korzonkowym; rozchodzą się od części lędźwiowej i dolnej piersiowej kręgosłupa ku przodowi pod formą opasującą, następnie ku dołowi po zewnętrznych stronach obu kończyn. W tych też okolicach ma chora uczucie pieczenia po stronie prawej, a zimna po lewej. Obecnie objektywnie stwierdza się prawie zupełne porażenie spastyczne obu kończyn dolnych ze silnie wzmożonemi napięciami mięśniowemi, odruchy kolanowe i ze ścięgna Achillesa kloniczne, Babiński obustronnie dodatni. Zdjęcie roetngen. kręgosłupa nie wykazało żadnych zmian (wykonany trzykrotnie). Wa. we krwi i płynie ujemny. Wynik badania płynu mózgo-rdzeniowego: limfoc. 3/3. Nonne +, Pandy ++, Goldsol: 0, 1, 1, 2, 3, 2, 0, 0, 0. Dwukrotnie przeprowadzano naświetlania Roentgenem, po pierwszem wystąpiła nieznaczna krótkotrwająca poprawa, po drugiem obecnie zmniejszyły się bóle. Rozpoznanie w przypadku tym wahało się pomiędzy stwardnieniem rozsianem a guzem rdzenia. Przebieg stale się pogarszający, który w stosunkowo krótkim czasie, bo w przeciągu półtora roku doprowadził do zupełnego porażenia kończyn ze silnie wzmożonemi napięciami mięśniowemi i objawami z dróg piramidowych z nieznaczną tylko remisją po naświetlaniach Roentgenem. Wiek chorej (lat 38), brak innych objawów lokalizacyjnych, świadczących za rozsianem schorzeniem, dno oka bez zmian, wynik badania płynu z zaznaczonym syndromem uciskowym i bóle o charakterze korzonkowym usprawiedliwiają rozpoznanie guza rdzenia mimo tylko przejściowo występujących zaburzeń pęcherzowych i zmian czucia; d) przypadek **rozsianego stwardnienia mózgu i rdzenia.** U chorej 20-letniej dziedzicznie nieobciążonej od roku rozwinęły się objawy chorobowe, a mianowicie: wybitna niezborność móżdżkowa, nieznaczny niedowład kończyn dolnych z obustronnym objawem Babińskiego, a zniesieniem odruchów kolanowych i ze ścięgna Achillesa, oczopląs. Początkowo nieco gorszy prawy dolny n. twarzowy, obecnie poprawiony. Drżenie zamiarowe i niezborność kończyn górnych podczas przyjęcia chorej na klinikę silne, obecnie zmniejszyły się, utrzymuje się natomiast astereognoza. Odruchy brzuszne zniesione. Początkowo obecny niedowład kończyn górnych, jak również bóle i parestezje w stopach poprawiły się. Na dnie oka lewego stwierdzono: *„atrophia n. optici post neuritidem"*, a skroniowe zblędnięcie tarczy na oku prawem. Wynik badania płynu mózgo-rdzeniowego: limf. 7/3, Nonne ++, Pandy ++. Odczyn ze złotem kolloidowem 3, 3, 2, 2, 2, 1, 0, 0. Przypadek ten początkowo nastręczał pewne trudności w rozpoznaniu między stwardnieniem rozsianem a bezładem dziedzicznym Friedreicha ze względu na wybijające się na plan pierwszy bezład rozsianego, przebiegającej ze zniesieniem, pierwszy bezład móżdżkowy i zniesienie odruchów kolanowych i ze ścięgna Achillesa. Inne objawy rozsiane, jak oczopląs, drżenie zamiarowe, niezborności kończyn górnych, zniesienie odruchów brzusznych, obustronny Babiński, bóle w kończynach dolnych i astereognoza schodziły na plan dalszy, a wreszcie wszystkie te objawy dałyby się pomieścić tak w ramach choroby Friedreicha, jak i rozsianego stwardnienia. Jednakowoż stosunkowo późny wiek chorej dla dziedzicznego schorzenia (lat 20) szybki rozwój, przejściowe zaburzenia pęcherzowe, a przedewszystkiem rozstrzygające zmiany na dnie oka, jak również brak obciążenia dziedzicznego przechyliły rozpoznanie na stronę rzadkiej formy stwardnienia rozsianego, przebiegającej ze zniesieniem odruchów kolanowych i ze ścięgna Achillesa tak zw. przez Oppenheima formy tabetycznej. Za rozpoznaniem tem przemawia także remisja objawów chorobowych, która obecnie wystąpiła.

W dyskusji kol. Griffel zwraca uwagę na zniesienie odruchów brzusznych w danym przypadku, co wybitnie przemawia za rozsianem stwardnieniem w przeciwieństwie do choroby Friedreicha, gdzie odruchy są zawsze żywe. Również i chód chorej może mieć w diagnostyce różniczkowej duże znaczenie.

4. Kol. Frostig przedstawia **przypadek wczesnej schizofrenji.** Chory do 14 r. życia zupełnie spokojny, normalny i pracowity, po 14 roku zmienił się, przestał się uczyć, z trudem zdał maturę, więcej już nie starał się pracować, stal się ciężarem rodziny i domu. Od pewnego czasu zamyka się w pokoju, szepcze do siebie pewne słowa. Słowa te są „Mühlbauer ładniejszy... ja surowy, mało czytał... ma aparat".

Wywiady i obserwacja stwierdzają, że jest to przypadek wczesnej schizofrenji z grupy Kraepelinowskiej *Dementia simplex*. Chory nie zatracił jednak zupełnie swego krytycyzmu, a powstanie owych pseudo-hallucynacji da się łatwo genetycznie, — bez przyjmowania skomplikowanych metod tłumaczenia — zrozumieć.

Chory nie stracił na tyle krytyki, ażeby nie ocenić swego położenia w rodzinie i społeczeństwie. Wytworzyło się w nim **poczucie małej wartości** (Adler). Gdyby chory miał przy poczuciu małej wartości do dyspozycji dobrze funkcjonujący aparat intelektualny, byłby zareagował na owo uczucie w sposób, jaki opisywał Adler w swej pracy „Ueber den nervösen Charakter". Chory jednak, ażeby móc skompenzować tą bolesną świadomość, ima się ogromnie prymitywnego (opisanego przez P. Stärckego i Freuda) mechanizmu, zaczyna się zajmować swoją własną osobą, ciągle się w lustrze przegląda w rozmaitych oświetleniach, porównuje swoją piękność w sposób prymitywny z pięknością innych ludzi, w sposób dementywny zazdrości swoim znajomym posiadania aparatu fotograficznego, — jednem słowem mamy tu do czynienia z **wybujałym kompleksem narcystycznym**, wytworzonym na tle dementywnego intelektu.

5. Kol. Rein przedstawia przypadek: Chory G. T. lat 25. Od czasu wojny po zasypaniu granatem cierpi na często powtarzające się napady histeryczne i stany pomroczne, które pojawiają się szczególnie po afektach silnego lęku lub złości. Chory został odstawiony z więzienia śledczego z powodu zabójstwa na oddział chorób nerwowych i umysłowych szpitala. Chory nie przypomina sobie wypadku, który bezpośrednio spowodował oskarżenie go o zabójstwo, pamięta tylko tyle, że został napadnięty, lecz co się potem stało, nie wie. Na podstawie hypermnezji hypnotycznej demonstruje ową scenę, jak napadnięty dobywa rewolweru i oddaje dwa strzały. Chory na posiedzeniu wprowadzony w sen hypnotyczny pod wpływem nakazu powtórzył opisane zdarzenie.

W dyskusji kol. Domaszewicz zaznacza, że mogłoby nasunąć się podejrzenie, czy nie zachodzi tutaj symulacja. Otóż chory powyższy był przed 2 laty obserwowany czas dłuższy na oddziale mówcy: wtedy był on bardzo podatny hypnozie i suggestji. Wpadał często w stany pomroczne. Obecnie chory nie przyznaje się do czynu, nie pamięta zupełnie, że strzelał; podaje jedynie, że widział nóż napastnika, co potem nastąpiło, nie pamięta. Z punktu widzenia sądowego jest nieodpowiedzialny za swe czyny. Chory jest niebezpieczny dla otoczenia i jako taki winien być trzymany w zakładzie zamkniętym.

6. Kol. Domaszewicz omawia pokrótce **historję oddziału chorób nerwowych i umysłowych szpitala powszechnego we Lwowie**, następnie przedstawia statystykę ruchu umysłowo chorych i statystykę stacji malarycznej, która jest już od dwu lat prowadzona na oddziale. Dotychczasowe nieodpowiednie pomieszczenie oddziału nie pozwoliło na należytą organizację służby psychjatrycznej, a tembardziej na stosowanie nowoczesnej terapji. Mówca jest zwolennikiem aktywacji stanowiska lekarza psychjatry i stosuje u siebie na oddziale nie tylko u porażeńców leczenie zimnicą, ale także w przypadkach endogennych, leczenie gorączkowe, hydroterapję, organoterapję. W nowym pawilonie oddział psychiatryczny zaopatrzony jest w nowoczesne urządzenia, posiada trwałe kąpiele, salę dla wodolecznictwa, odpowiednie pracownie i wygodne sale dla chorych.

XXXV. Posiedzenie naukowe w dniu 18. grudnia 1925 r.

Przewodniczący kol. *Zgórski*, obecnych 70 członków.

1. Przed porządkiem dziennym po przemowie kol. Zgórskiego w sprawie wyborów do Izby Lekarskiej wywiązała się ożywiona dyskusja, w której brali udział, kol. *Bocheński, Nowicki, Domaszewicz, Ostrowski Stanisław, Cieszyński, Papée.*

2. Przewodniczący zawiadamia, że na ostatniem posiedzeniu Zarządu zostali przyjęci do Towarzystwa jako członkowie zwyczajni kol. *Grabowski, Kędzierski Józef i Gziędzielski Jerzy.*

3. Po ożywionej dyskusji wybrano jednomyślnie Komisjęmatkę dla ułożenia listy kandydatów do Zarządu na rok 1926: Kol. *1 .Bardacha, 2. Bühna, 3. Czeżowską, 4. Dolińskiego, 5. Goertza, 6. Grucę, 7. Kilara, 8. Kmietowicza, 9. Ostrowskiego Tadeusza, 10. Ostrowskiego Stanisława, 11. Piseka, 12. Renckiego 13. Rufia, 14. Sabatowskiego, 15. Skrowaczewskiego, 16. Staubera, 17. Zabłockiego, 18. Zalewskiego, 19. Zielińskiego, 20. Ziembickiego.*

4. Kol. Urbanowicz wygłosił wykład: „Masowe badanie inteligencji" W dyskusji przemawiali Kol. Krzemicki i mówca.

K. Tyszka, sekretarz doroczny.

Łódzkie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 4 listopada 1925.

1. Kol. H. Frenklowa wygłosiła odczyt p. t.: **„O odczynie Dic'ka i szczepieniach ochronnych w płonicy".** Punktem wyjścia badań amerykańskich nad płonicą jest paciorkowiec hemolizujący, ten sam, który od przeszło 30 lat był wykrywany w ustroju chorych na płonicę. W Ameryce paciorkowiec hemolityczny, hodowany z gardła chorych na płonicę, uchodzi za zarazek swoisty płonicy; objawy chorobowe wywołuje toksyna tego zarazka. W styczniu 1924 roku państwo Dick'owie z Chicago opisali odczyn doskórny wywoływany przez toksynę paciorkowca powoli żyjącego: mała dawka toksyny, wstrzyknięta doskórnie daje po 24 godzinach — u osobników wrażliwych na płonicę — odczyn dodatni, u niewrażliwych odczyn ujemny. Ozdrowieńcy po płonicy, oraz ci, którzy dawniej przechodzili płonicę, mają (za nielicznemi wyjątkami) odczyn ujemny. Zingher, potwierdził powyższe dane. Największą odsetkę odczynów dodatnich dają dzieci między 6-ym miesiącem a 4-ym rokiem życia (60—70%). Naogół ilość odczynów dodatnich przewyższa znacznie odsetkę zachorowań na płonicę. Omówienie szczegółów odczynu, pseudoreakcji, stosunku do odczynu wygasania Schultz-Charlton'a. Uodpornianie czynne przeciwko płonicy, zainicjowane przez Dick'ów w kwietniu 1924 r. polega na wywołaniu odporności czynnej (antytoksycznej) za pomocą tej samej toksyny. Dawki uodporniające obliczone są na podstawie dawek, dających odczyn dodatni śródskórny u osobników wrażliwych. Wyniki są na razie jeszcze sporne; dawkowanie ulega zmianom. Omówienie stosowania surowicy antytoksycznej w profilaktyce i leczeniu płonicy. Wnioski praktyczne: 1. Należy obecnie wykonywać odczyn Dick'a, zabieg zupełnie nieszkodliwy, na jaknajwiększym materjale, szczególnie tam, gdzie nie tracimy z oczu dzieci szczepionych — w ciągu dłuższego czasu. Przyczyni się to do wyjaśnienia wartości praktycznej odczynu Dick'a. 2. Należy stosować surowicę antytoksyczną zarówno leczniczo, jak i zapobiegawczo w celu szybkiego uodpornienia na krótki przeciąg czasu. Apteki powinny mieć surowicę na składzie. 3. Co do uodporniania czynnego, to stosować je narazie, jako doświadczenie naukowe i pod kontrolą odczynu djagnostycznego. Materjał prywatny nie nadaje się do tego celu wobec trudności kontrolowania wyników. W praktyce prywatnej metoda ta, jako znajdująca się jeszcze w okresie prób, może być stosowana tylko na wyraźne życzenie osób zainteresowanych, które powinny być uprzedzone, iż stosuje się metodę nową i w wynikach niepewną.

W dyskusji nad odczytem kol. Margolisowa mówi o szczepieniach dokonywanych w Warszawie. Stosowane one są tam przez Brokmana i Hirszfeldową od roku; uodpornionych po 2 miesiącach mieli 30%; dawki stosowali niewielkie. Od kilku tygodni Zakład Higjeny Państwowej dokonywa szczepień na licznym materjale; stworzono kolumny specjalne, które dokonywują szczepień w stolicy i na prowincji. Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia wydała okólnik polecający szkołom te szczepienia, dokonywa się szczepień nieprzymusowo. Szczepi się po kilkaset dzieci dziennie, dawki wynoszą od 250 do 2000; przy Instytucie Higjeny istnieje przychodnia dla szczepień, wielu lekarzy wolnopraktykujących stosuje szczepienia, szczepionki są wydawane na podstawie recepty. Kol. Załęski przypomina, że w Rosji, gdzie płonica dawała od 30—40% zgonów, utworzyło się w swoim czasie ognisko naukowe, grupujące się około prof. Gabryczewskiego i istniała współpraca między Instytutem bakterjologicznym i szpitalem. Przypuszczano, że łańcuszkowiec wywołuje streptokokcemję. Amerykanie uważają płonicę za chorobę toksyczną. Surowica rosyjska była antytoksyczna i antybakteryjna; warszawska, Paluszewskiego — tylko antybakteryjna; czynne są zaś antytoksyczne. Kol. Z. zapytuje jak przedstawia się odczyn Dick'a u ludzi szczepionych szczepionką Gabryczewskiego. Kol. Mogilnicki mówi o chaosie, jaki istnieje w sprawie szczepień; nie należy bezkrytycznie stosować szczepionek; niewiadomo, jak długo trwa odporność, zauważono przypadki, w których w dniu szczepienia zachorowały dzieci na płonicę oraz przypadki, w których w parę dni po szczepieniach występowały u szczepionych wysypki. Kol. Starzyński jest zdania, że należałoby scentralizować sprawę badania odczynu Dick'a; należałoby przeprowadzić odpowiednią propagandę by szczepienia Dick'a były stosowane jaknajczęściej.

Kol. Szyfman zwraca uwagę, że szczepienia mogą przyśpieszyć wybuch choroby u szczepionych, gdy ci znajdują się w okresie fazy negatywnej. Kol. Sterling zapytuje, jak należy

sobie przedstawić mechanizm — t. zw. „wygasania".Dla zachorowania sama obecność paciorkowca jest chyba niewystarczająca. Propagandy nie należy prowadzić; można ją prowadzić jedynie wtedy, kiedy się wierzy w skutek metody. Kol. Frenklowa w odpowiedzi zaznacza, że Celarek i Saski stosowali odczyn Dick'a u szczepionych sposobem Gabryczewskiego. Jeden z przypadków Mogilnickiego był prawdopodobnie w fazie negatywnej. Mechanizm wygasania polega na wytwarzaniu się antytoksyn.

2. Towarzystwo Lekarskie po wysłuchaniu odczytu i dysgusji uchwaliło zwrócić się do Dyr. Instytutu Epidem. w Warszawie z prośbą, by Instytucje Społeczne mogły otrzymywać szczepionki bezpośrednio z Instytutu w Warszawie, a lekarze prywatni za pośrednictwem oddziału Łódzkiego; poza tem Tow. wyraziło życzenie, by surowice znajdywały się stale w aptekach.

Posiedzenie naukowe w dniu 18. listopada 1925 r.

Kol. Szweig przedstawia pannę Fr. lat 19, u której widać przy patrzeniu zwykłem wdal prawidłowe ustawienie gałek ocznych; udzerza jedynie nieco głębsze osadzenie ich w oczodołach, co jak chora opowiada, zwraca stale uwagę otoczenia. Przy wykonywaniu ruchów oczyma w pierwszej chwili odnosi się wrażenie zeza; bliższa jednak analiza tych ruchów wykazuje brak ruchu odwodzącego na obu gałkach ocznych przy zachowaniu ich ruchomości we wszystkich kierunkach innych. Podwójnego widzenia niema. Siła wzroku wynosi obustronnie 0,7 po korrekcji kombinowanemi szkłami wklęsłemi. Z wywiadów dowiadujemy się, że chora urodziła się normalnie; stan oczu datuje się od najwcześniejszego dzieciństwa, nie był poprzedzony żadną chorobą, jakoteż, że i dotychczas chora nie przeszła żadnego poważniejszego schorzenia. W rodzinie rzekomo niema przypadków anomalji narządu wzrokowego. W przypadku tym mamy do czynienia z nieczęstym objawem **dwustronnego wyłącznego niedorozwoju jąder nerwu VI.** gdyż zazwyczaj niedorozwój taki połączony jest z niedorozwojem nerwu twarzowego.

2. Kol. Uryson przedstawił przypadek daleko posuniętej **twardziny skóry.** Chora lat 28, od 4-ch lat zauważyła na poszczególnych częściach ciała, zwłaszcza na kończynach, plamy sinawe i czerwone, dość znacznej spoistości. Jednocześnie rozpoczęły się bole ciągnące w kończynach dolnych. Sprawa chorobowa rozwijała się coraz bardziej i obecnie obejmuje twarz, kończyny górne, dolne, oraz prawie cały tułów. Sprawa chorobowa posuwała się również wgłąb tkanek, wywołując na palcach rąk i nóg zaniki i przykurczenia. Z powodu ucisku na naczynia i nerwy kończyny dolne są zimne, palce zaś sine; chora odczuwa bole o charakterze rwącym.

3. Kol. S. Lewy (jako gość) wygłosił odczyt p. t.: **„Sanitarjat w Stanach Zjednoczonych"** Mówca zobrazował działanie stowarzyszeń społecznych, mających na celu pracę na polu zdrowia publicznego i zespolonych w Narodowej Radzie Zdrowia, mającej siedzibę swą w Nowym Yorku. Mówca omówił również cele i działanie fundacji Rockfellera ze szczególnem uwzględnieniem prac wykonanych przez fundację w r. 1924. W skład Narodowej Rady Zdrowia wchodzi w charakterze członków czynnych 11 następujących organizacyj: 1) Amerykańskie stowarzyszenie opieki nad dzieckiem; 2) Amerykańskie stowarzyszenie walki z chorobami sercowemi; 3) Amerykańskie stowarzyszenie ochrony zdrowia publicznego; 4) Amerykański Czerwony Krzyż; 5) Amerykańskie stowarzyszenie higjeny społecznej; 6) Amerykańskie towarzystwo do walki z rakiem; 7) Związek kierowników urzędów zdrowia stanowych i lokalnych; 8) Komitet Narodowy higjeny psychicznej; 9) Narodowa organizacja higjenistek; 10) Komitet narodowy dla zapobiegania ślepocie; 11) Narodowe stowarzyszenie przeciwgruźlicze. W charakterze członków protektorów i doradców bez prawa głosu wchodzą dwie następujące Organizacje: 12) Państwowa służba zdrowia Stanów Zjednoczonych; 13) Departament Ministerstwa Pracy i Opieki nad dziećmi. Wreszcie członkiem zaprzyjaźnionym ubiegającym się o członkowstwo rzeczywiste jest: 14) Kobieca fundacja zdrowotna, nie mająca dotychczas prawa głosu w Narodowej Radzie zdrowia. Mówca zobrazował pokrótce zadania i metody pracy wyszczególnionych powyżej organizacyj, podkreślił, że zadaniem Narodowej Rady Zdrowia jest uzgodnienie działalności tych organizacyj, ujednostajnienie metod pracy i ułatwienie czynności administracyjnych. Wszystkie te instytucje nawiązują chętnie stosunek z bratniemi organizacjami w Europie i służą wszelkiemi informacjami i piśmiennictwem. Naczelnem zadaniem organizacyj, mających na celu opiekę nad zdrowiem publicznem, jest szerzenie wiadomości o sposobach zachowania zdrowia i zapobiegania chorobom, to też, nauczanie zasad higjeny i propaganda zapomocą najnowszych sposobów są doprowadzone do perfekcji. Propaganda prowadzona jest na olbrzymią, nieznaną w Europie skalę. Amerykańskie stowarzyszenie opieki nad zdrowiem dziecka, podczas tygodnia dziecka od 27 kwietnia do 2 maja 1924 rozpowszechniło 75.000.000 ulotek z deklaracją praw dziecka ogłoszoną przez Herberta Hoowera. Po zobrazowaniu działalności fundacji Rockfellera mówca zachęcił słuchaczów i słuchaczki do ubiegania się o stypendjum Rockfellera, które kandydatom poleconym przez wydziały lekarskie dają możność zapoznania się z amerykańską medycyną kliniczną, zaś kandydatom poleconym przez Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia dają możność poznania metod ochrony zdrowia publicznego i ewentualne zdobycie dyplomu t. zw. Certyficate in Publice Health lub Doctor of Public Health. Odczyt był uzupełniony pokazami broszur, czasopism, fotografij it. d. obrazujących działanie omówionych organizacyj.

Wieczór seminaryjny w dniu 25. listopada 1925.

1. Kol. Sonnenberg przedstawił chorą z owrzodzeniem **pierwotnem na palcu prawej ręki.** Owrzodzenie zostało nabyte przy wykonywaniu pracy zawodowej; chora jest akuszerką.

2. Kol. Szweig a) przedstawił trzech chorych **na jaglicę,** leczonych z dobrym wynikiem metodą chirurgiczną. Chorzy przybyli ze znacznemi zmianami spojówek i rogówek; poprzednio byli leczeni przez długi okres czasu konserwatywnie. W jednym przypadku dokonano wycięcia wszystkich załamków, w drugim obskrobanie spojówek, w trzecim wyłuszczenia tarczki powiek górnych;

b) Kol. Szweig wygłosił referat: **O leczeniu jaglicy** (referat ukaże się w druku).

3) Kol. Polak wygłosił referat p. t.: **„Osmoterapia".** Pojęcie osmoterapji zostało wprowadzone w r. 1920 przez Bürgera i Hagemana i oznacza wprowadzenie roztworów anizotonicznych (w praktyce hypertonicznych) do krwiobiegu, oraz zmiany następowe w ciśnieniu osmotycznem krwi i tkanek. Osmoterapja wywiera wpływ na układ krążenia przez zwiększoną szybkość krążenia wzmożenie ciśnienia kapillarnego, zmniejszanie oporów obwodowych i pośrednie działanie na serce. Diureza przy osmoterapji jest pochodzenia pozanerkowego, mianowicie zależy od wpływu na zjawiska odpęcznienia koloidów. Przy chorobach zakaźnych podawanie 500,0—50% glukozy wywiera wybitny wpływ odżywczy. Osmoterapja zmniejsza wydzielanie gruczołów, zmniejsza wydzielanie płynu mózgowo-rdzeniowego oraz ciśnienie śródczaszkowe; przyśpiesza działanie środków nasercowych, moczopędnych, neosalwarsanu i innych.

W dyskusji brali udział kol. Sonnenberg i Lubicz.

Sekretarz *A. Tenenbaum.*

Koło naukowe lekarzy szpitala izr. we Lwowie.

Sprawozdanie z posiedzeń za czas od 1 października 1924 r. do 31. grudnia 1925. r.

W czasokresie sprawozdawczym odbyto 31. posiedzeń. Porządek dzienny obejmował pokazy przypadków pouczających pod względem klinicznym, spostrzeganych na poszczególnych oddziałach, referaty poglądowe, i wykłady kliniczne. Dyskusje któremi kierował przewodniczący uzupełniały przedmiot porządku dziennego *).

Posiedzenie I. w dniu 25. października 1924 r.

1) Pisek: zagajenie: *cel i zadania Koła.*

2) Przypadek *Nephrosis powikłanej schorzeniem tarczycy,* (z oddz. prymar. Piseka).

3) Philipp: omówienie przypadku *białaczki limfatycznej z pokazem chorego.* (z oddz. prymar. Piseka).

4) Penzias: *roentgenoterapja w białaczce.*

Posiedzenie II. w dniu 17. listopada 1924 r.

1) Ruff: *peritonitis perforativa* (referat) i pokaz chorych, (z oddz. prymar. Ruffa).

Posiedzenie III. w dniu 22. listopada 1924. r.

1) Münzer: *peritonitis pneumococcica* (pokaz z oddz. prym. Münzera).

2) Oberländer: *a) Erythema toxicum, b) niezwykły przypadek zwężenia cewki moczowej strictura urethrae* pokazy.

3) Pisek: *Rozpoznawanie i rozpoznanie różniczkowe w przypadkach peritonitis acutissima, acuta, perforativa, peritonismus,* obecny stan nauki. (wykład kliniczny z oddz. prym. Piseka).

Posiedzenie IV. w dniu 29. listopada 1924 r.

1) Münzer: *przypadek plamy mongolowej* (pokaz).

---

*)Posiedzenia bardzo licznie uczęszczane, odwiedzane również przez kol. z poza szpitala, odbywały się w pięknie adaptowanej sali budynku szpitalnego. Za urządzenie sali, oświetlenie i wogóle ułatwienie zebrań należy się szczera podzięka Dyrektorowi szpitala Dr. Sam. Meiselsowi.

2) Begleiter: *nowoczesna terapja padaczki* (sprawozd. poglądowe.

Posiedzenie V. w dniu 13. grudnia 1924 r.

1) Pisek: pokaz przypadku *akromegalji; omówienie obecnych poglądów na istotę i rodzaje schorzenia tego.* (z oddz. prym. Piseka).
2) Penzias: *zdjęcia roentgenologiczne tego przypadku.*
3) Begleiter: *paraplegia cerebralis infantum haereditaria,* (pokaz przypadku).
4) Herscheles jun. *kiła wrodzona* — doświadczenia własne z kliniki prof. Groera we Lwowie.

Posiedzenie VI. w dniu 20. grudnia 1924 r.

1) Ohlenberg: *Encephalitis lethargica,* pokaz z oddz. prym. Ehrlicha).
2) Herscheles jun.: *o kile wrodzonej* (pokaz szeregu chorych dzieci).
3) Begleiter: *Kiła wrodzona ze stanowiska neurologicznego* (referat).

Posiedzenie VII. w dniu 27. grudnia 1924. r.

1) Ruff: *skręt esicy,* (pokaz z oddz. prym. Ruffa).
2) Oberländer: *a) polyserositis tbc. b) operowany przypadek gruźlicy nerki,* (pokazy).

Posiedzenie VIII. w dniu 3. stycznia 1925 r.

1) Fels: *o makrobiotyce.*

Posiedzenie IX. w dniu 17. stycznia 1925. r.

1) Philipp: *Subleukaemia lymphatica, rozpoznanie, rozpoznanie różniczkowe, terapja,* (pokaz z oddz. prym. Piseka).
2) Gemski: *infantilismus* (pokaz).
3) Ohlenberg: *2* przypadki *Encephalitis lethargica* (pokaz z oddz. prym. Ehrlicha).
4) Münzer: *Encephalitis nyctambulica, Encephalitis choreiformis,* (pokazy z oddz. prym. Münzera).
5) Begleiter: *akromegalja* (pokaz).
6) Selzer: *relaxatio diaphragmatis* (pokaz).

Posiedzenie X. w dniu 31. stycznia 1925 r.

1) Wolf: *Przypadek operowanego ropnego zapalenia otrzewnej.* (pokaz z oddz. prym. Wolfa).
2) Gemski: *O infantylizmie* (referat).

Posiedzenie XI. w dniu 14. lutego 1925 r.

1) Pisek: *a) przypadek nowotworu płuc, b) przypadek klepsydrowatego żołądka wskutek wrzodu,* (pokazy z oddz. prym. Piseka).
2) Wolf: *Zwichnięcie stawu ramieniowego ku przodowi* (pokaz z oddz. prym. Wolfa).
3) Lehm: *a) Przypadek cuchnienia nosa z powodu „kamyka" (rhinolith). b) Przypadek ciała obcego w przełyku* (pokazy).

Posiedzenie XII. w dniu 28. lutego 1925 r.

1) Alles: *Przypadek raka wątroby powikłanego gruźlicą,* (pokaz z oddz. prym Piseka).
2) Fewing: *Wrzód dwunastnicy, przebicie, zapalenie płuc, wyzdrowienie,* (pokaz z oddz. prym. Ruffa).

Posiedzenie XIII. w dniu 7. marca 1925 r.

1) Gemski: *O wago- i sympatikotonji* (referat).

Posiedzenie XIV. w dniu 31. marca 1925 r.

1) Begleiter: *Przypadek niedorozwoju mózgu i móżdżku,* (pokaz).
2) Ohlenberg: *a) Przypadek okresowego wodogłowia, b) przypadek pląsawicy* (pokazy z oddz. prym. Ehrlicha).
3) Wolf: *Gipsowe opatrunki (chirurgiczne) według szkoły francuskiej* (pokazy).

Posiedzenie XV. w dniu 6. kwietnia 1925 r.

1) Zion: *Przypadek ciała obcego w twardówce* (pokaz).
2) Oberländer: *Gruźlica nerek* (pokaz operowanego przypadku).

Posiedzenie XVI. w dniu 11. kwietnia 1925 r.

1) Philipp: *O cukrzycy w świetle ostatnich badań (istota, zasady leczenia dietetycznego i insulina)* na podstawie własnych przypadków z oddz. prym. Piseka.

Posiedzenie XVII. w dniu 25. kwietnia 1925 r.

1) Münzer: *Ulcus tbc. na prąciu u dziecka,* (pokaz).
2) Herscheles jun.: *Przypadek kiły mózgo-rdzeniowej u dziecka,* (pokaz).
3) Pisek: *Ulcus ventriculi wyleczony nowoprotiną* (pokaz z oddz. prym. Piseka, omówienie terapji proteinowej — stosowanej na oddziale).

Posiedzenie XVIII. w dniu 9. maja 1925. r.

1) Ardel: *Morbus Recklinghauseni* (pokaz).
2) Pisek: *Szczegółowe streszczenie dzieła Lewis'a. O niemiarowej czynności serca.*

Posiedzenie XIX. w dniu 23. maja 1925 r.

1) Alles: *Obecny stan nauki o obrzękach; nowoczesna terapja* (referat. z oddz. prym. Piseka).

Posiedzenie XX. w dniu 6. czerwca 1925 r.

1) Wolf: *Przypadek peritonitis tuberculosa* (pokaz z oddz. prym Wolfa).

Posiedzenie XXI. w dniu 20. czerwca 1925. r.

1) Redner: *O rozpoznawaniu i leczeniu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego.* (referat na podstawie materjału oddziału prym. Ruffa).

Posiedzenie XXII. w dniu 4. lipca 1925 r.

1) Herscheles: *Odczyn serologiczny Meinickiego na podstawie doświadczeń własnych.*

Posiedzenie XXIII. w dniu 3 października 1925 r.

1) Pisek: *Sprawozdania z ruchu naukowego w Kole za okres ubiegły.*
2) Oberländer: *2 przypadki wycięcia nerek po ropomoczu* (pokazy).

Posiedzenie XXIV. w dniu 17. października 1925. r.

1) Wolf: *Przypadek resekcji odźwiernika, Przypadek resekcji jelita grubego,* (pokazy z oddz. prym. Wolfa).
2) Pisek: *Komunikat o pracy Fabera z Kopenhagi: Pierwsza serja 12 przypadków leczonych sanokryzyną.*
3) Penzias: *Dzisiejszy stan radjoterapji, jej wskazania, środki, metody i wyniki.*

Posiedzenie XXV. w dniu 24. października 1925 r.

1) Philipp: *Omówienie raka żołądka z przerzutami do szpiku kostnego* (z oddz. prym. Piseka).
2) Begleiterówna: *Pokaz i objaśnienie preparatu krwi w tym przypadku.*
3) Penzias: *Dzisiejszy stan radjoterapji, jej wskazania, środki, metody i wyniki* (część kliniczna).

Posiedzenie XXVI. w dniu 31. października 1925. r.

1) Oberländer: *a) przypadek uwięzgnięcia kamienia moczowego w części żołędziowej cewki moczowej. b) przypadek strangulacji żołędzi u dziecka. c) przypadek Lichen accuminatus* (pokaz).
2) Herscheles jun.: *Zachowanie się płynu mózgo-rdzeniowego przed i podczas leczenia kiły wrodzonej* (badania własne).

Posiedzenie XXVII. w dniu 7. listopada 1925 r.

1) *Pokazy chorych.*
2) Oberländer: *Przypadek operowanej kamicy nerkowej wraz z poglądem na obecny stan nauki (patologja, djagnostyka, wskazania i przeciwwskazania operacyjne.*

Posiedzenie XXVIII. w dniu 21. listopada 1925 r.

1) *Demonstracje.*
2) Pisek: *Historyczny rozwój i obecny stan nauki o Angina pectoris (rodzaje leczenia apteczne, uwagi o leczeniu chirurgicznem z ilustracjami* (wykład kliniczny).

Posiedzenie XXIX. w dniu 5. grudnia 1925 r.

1) *Pokazy chorych.*
2) Pisek: *Historyczny rozwój i obecny stan nauki o Angina pertoris: część II. (rozpoznanie różniczkowe, postacie niezwykłe, statystyczne dane, leczenie medyczne i uwagi o wartości metod operacyjnych.* (Z oddz. prym. Piseka).

Posiedzenie XXX. w dniu 21. grudnia 1925 r.

1) Ziff: *Ciekawy przypadek eozynofilji występującej po naświetlaniu lampą kwarcową i pokaz preparatu mikroskopowego.*
2) Ruff: *O najnowszych poglądach na patogenezę i terapję Arthritis deformans według Payra* (referat).

Posiedzenie XXXI. w dniu 28. grudnia 1925. r.

1) Alles: *Epikryza przypadku angina pectoris (znaczenie prognostyczne próby wodnej);* (z oddz. prym. Piseka).
2) Herscheles jun.: *Najnowsze badania w dziedzinie etjologji i profilaktyki odry i płonicy,* (referat).

SPRAWY ZAWODOWE.

Izba lekarska we Lwowie.

Zarząd Lwowskiej Izby Lekarskiej przestrzega swoich Członków, aby nie wchodzili w pertraktacje z Centralnym Związkiem Rękodzielników, który przystępuje do założenia w Małopolsce własnych Kas chorych, między innemi także w Drohobyczu. W sprawie tej Zarząd Izby poweźmie uchwały, które będą podane do wiadomości Członków.

Izba lekarska we Lwowie. Dnia 19. lutego 1926 r.

Przewodniczący *Dr. Papée.*

Izba lekarska Warszawsko-Białostocka.

Na zasadzie uchwalonego przez Radę Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej i zatwierdzonego przez Izbę Naczelną statutu Kasy Pogrzebowej, Zarząd wzywa członków Izby do niezwłocznego wpłacania statutowej wkładki zł. 6 gr. 60 (najdalej w ciągu m. marca r. b.) aby Kasa mogła rozpocząć już działalność z dniem 1 kwietnia r. b. Warunkiem rozpoczęcia działalności Kasy będzie powyższa wpłata.

Wpłacać należy albo w Kancelarji Izby (Niecała 7) od 9 r. do 3 lub P. K. O. na konto czekowe Nr. 12640. Na najbliższe posiedzenie Rady Izby Zarząd wnosi projekt nowelizacji statutu. Każdy uczestnik Kasy winien złożyć w zapieczętowanej kopercie deklarację, komu, w razie jego śmierci, ma być wypłacona suma ubezpieczeniowa.

Wyciąg ze statutu Kasy Pogrzebowej Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej:

1. Kasa Pogrzebowa Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej ma na celu wydawanie jednorazowych sum ubezpieczeniowych na pogrzeby zmarłych członków.

2. Do Kasy Pogrzebowej obowiązani są należeć wszyscy członkowie Izby.

3. Każdy uczestnik jest obowiązany przy wstąpieniu do Kasy wnieść: wkład wstępny w ilości zł. 5 na kapitał zapasowy, 1 zł. na pierwszy wypadek śmierci na kapitał obrotowy, 10 gr. na kapitał zapasowy, oraz 50 gr. na kapitał wsparć.

4. Dalsze wkłady w kwocie 1 zł. 50 gr. wnoszą wszyscy uczestnicy w razie śmierci członka Kasy.

5. Każdy uczestnik składa przy wstąpieniu do Kasy w zapieczętowanej kopercie własnoręcznie podpisaną deklarację, komu (osobie, lub instytucji) w razie jego śmierci ma być wypłacona suma ubezpieczeniowa. Deklaracje te mogą być zmieniane. Rodzina i osoby, lub instytucje, wskazane przez ubezpieczonego, otrzymują po jego śmierci, najdalej w ciągu tygodnia, licząc od dnia zgłoszenia sumę ubezpieczeniową. W braku deklaracji, sumę ubezpieczeniową otrzymują krewni, spadkobiercy, a w razie ich braku osoba zajmująca się pogrzebem. W tym przypadku Kasa zwraca rzeczywiste koszty pogrzebu, jednakże w wysokości nieprzekraczającej sumy ubezpieczeniowej.

6. Sumę ubezpieczeniową oblicza się według liczby członków Kasy w dniu śmierci uczestnika pomnożonej przez 1, tak, iż przy liczbie uczestników 2000 wysokość sumy ubezpieczeniowej wynosić będzie 2000 zł. lecz z niej potrąca się 5% na kapitał wsparć i 5% na wydatki kancelaryjne.

Naczelnik Izby: *Przyborowski.* Pisarz Izby *Matusz.*

Izba lekarska Warszawsko-Białostocka.

Statut Kasy Pogrzebowej.

przyjęty przez Radę w dniu 24 maja 1925 r.

1. Cel Kasy.

§ 1. Kasa Pogrzebowa Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej ma na celu wydawanie jednorazowych sum ubezpieczeniowych na pogrzeby zmarłych członków.

2. Skład Kasy.

§ 2. Do Kasy Pogrzebowej obowiązani są należeć wszyscy członkowie Izby.

§ 3. Każdy członek jest obowiązany zawiadomić Zarząd Kasy najpóźniej w ciągu tygodnia o zmianie swego adresu.

3. Przyjmowanie do Kasy, prawa i obowiązki jej członków.

§ 4. Każdy uczestnik jest obowiązany przy wstąpieniu do Kasy wnieść: wkład wstępny w ilości 5 złotych na kapitał zapasowy, 1 zł na pierwszy wypadek śmierci na kapitał obrotowy, 10 gr. na kapitał zapasowy oraz 50 gr. na kapitał wsparć.

§ 5. Dalsze wkłady w kwocie 1 zł 60 gr. wnoszą wszyscy uczestnicy w razie śmierci członka Kasy.

§ 6. Każdy uczestnik składa przy wstąpieniu do Kasy w zapieczętowanej kopercie własnoręcznie podpisaną deklarację komu (osobie lub instytucji) w razie jego śmierci ma być wypłacona suma ubezpieczeniowa. Deklaracje te mogą być zmieniane. Rodzina i osoby lub instytucje, wskazane przez ubezpieczonego, otrzymują po jego śmierci najdalej w ciągu tygodnia, licząc od dnia zgłoszenia sumę ubezpieczeniową. W braku deklaracji, sumę ubezpieczeniową otrzymują krewni, spadkobiercy, a w razie ich braku osoby zajmujące się pogrzebem. W tym przypadku Kasa zwraca rzeczywiste koszty pogrzebu, jednakże w wysokości nie przekraczającej sumy ubezpieczeniowej.

§ 7. Sumę ubezpieczeniową oblicza się podług liczby członków Kasy w dniu śmierci uczestnika, pomnożonej przez jeden, tak iż przy liczbie uczestników 2000 wysokość sumy ubezpieczeniowej wynosić będzie 2000 zł. lecz z niej potrąca się 5% na kapitał wsparć i 5% na wydatki kancelaryjne.

§ 8. Należne opłaty winni wnosić członkowie Kasy, mieszkający w Warszawie, w terminie dwutygodniowym, zaś członkowie mieszkający poza Warszawą w terminie miesięcznym od dnia otrzymania zawiadomienia Zarządu.

§ 9. Wkłady wniesione przez uczestników do Kasy nie podlegają zwrotowi.

4. Wykreślenie z Kasy.

§ 10. Członkowie wykreśleni z listy Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej przestają być członkami Kasy Pogrzebowej.

5. Fundusze Kasy.

§ 11. Fundusze Kasy składają się z kapitałów: 1) obrotowego, 2) zapasowego, 3) kapitału wsparć.

Kapitał Obrotowy tworzy się z opłat jednozłotowych, pobieranych na każdy wypadek śmierci, i jest przeznaczony na wydawanie z sum ubezpieczeniowych.

Kapitał zapasowy tworzy się z wkładów wstępnych i z 10 gr. dodatkowych opłat do każdego wkładu na wypadek śmierci.

Kapitał wsparć tworzy się z poborów wynoszących 50 gr. od wkładów, pobieranych w razie wypadków śmierci i 5% potrącanych przy wydawaniu każdego ubezpieczenia.

Kapitał zapasowy przeznacza się na regulowanie wydawanych sum ubezpieczeniowych w razie możliwego zmniejszenia liczby członków lub jednoczesnej wypłaty za kilka wypadków śmierci.

Kapitał wsparć przeznacza się na wnoszenie terminowych opłat za członków nie mogących ich uiścić z powodu jakichkolwiek krańcowo niepomyślnych okoliczności.

6. Zarządzanie sprawami Kasy.

§ 12. Sprawami Kasy zawiaduje Zarząd Izby (który powołuje Komisję Wykonawczą w składzie 5-ciu członków Izby, w tej liczbie jednego członka Zarządu Izby lub jego zastępcę jako przewodniczącego.

§ 13. Do Komisji należy prowadzenie spraw Kasy:

a) nadzór nad należytem wpłacaniem składek,

b) wydawanie sum ubezpieczonych,

c) prowadzenie ksiąg przychodu i rozchodu,

d) wnoszenie gotowizny nie kwalifikującej się do bezzwłocznego wydatkowania, do państwowych instytucyj kredytowych, jako też kupno papierów procentowych przez Rząd gwarantowanych oraz przechowywanie tychże w instytucjach kredytowych państwowych,

e) układanie sprawozdań rocznych i budżetów.

§ 14. Na wydatki kancelaryjne przeznacza się 5% od wydawanych sum ubezpieczeniowych.

7. Postanowienia ogólne.

§ 15. Spory wynikłe między członkami Kasy a Zarządem Izby, a także kwestje nieprzewidziane w niniejszym statucie, rozstrzyga Rada Izby. Rada Izby zatwierdza również sprawozdania roczne sprawdzone przez Komisję Rewizyjną Izby.

§ 16. Rok sprawozdawczy Kasy liczy się od 1-go stycznia do 31 grudnia.

§ 17. Likwidacja Kasy może nastąpić jedynie na wniosek Zarządu Izby przez Radę Izby większością 2/3 głosów wszystkich członków Rady Izby. Rada na tem samem posiedzeniu poweźmie decyzję co do przeznaczenia sum pozostałych z likwidacji.

Izba lekarska Warszawsko-Białostocka.

W sprawie interpelacji w Sejmie posła Prausssowej i tow. w sprawie Kas chorych.

Odpis pisma do Gen. Dyr. Służby zdrowia.

Do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia.

W odpowiedzi na list z dnia 14. I. 1926 r. za Nr. ZH. 323/26 w sprawie interpelacji posła na Sejm Praussowej i tow., a dotyczą-

cej sprzecznego jakoby z obowiązkami postępowania Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia i Wojewódzkich Urzędów Zdrowia w stosunku do Kas Chorych. Zarząd Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej ma zaszczyt odpowiedzieć co następuje:

Zarząd Izby Warszawsko-Białostockiej bacznie obserwuje działalność Kas Chorych i wpływ tego ubezpieczenia społecznego na poziom lecznictwa i stanu lekarskiego i dochodzi do wniosku, że w tej formie w jakiej zastosowane zostało w Państwie Polskiem, ubezpieczenie to jest szkodliwe.

Stan lekarski nie zwalcza samej idei ubezpieczenia społecznego od choroby, chce lojalnie współdziałać z Państwem i prawodawcą, musi jednak zająć stanowisko krytyczne wobec ustawy i jej zastosowania w życiu, które stwarzają atmosferę nieustannej walki politycznej i ekonomicznej i zamiast być dobrodziejstwem dla ludności — szerzą powszechne zgorszenie i niezadowolenie.

Jesteśmy przytem w ostatnich czasach świadkami widowiska, które dziś już dla stanu lekarskiego niema tajemnic, a które stopniowo będzie zrozumiane przez szeroki ogół: sfery, które stoją na straży obecnego stanu rzeczy, zaślepione w dotkrynie i widząc, że zastosowanie tej dotkryny w życiu załamuje się, chcą odwrócić uwagę od istotnej przyczyny zła i zwalić przyczynę niepowodzenia na organizacje stanu lekarskiego, przedewszystkiem na Związek Lekarzy P. P., na Izby Lekarskie, jako na samorządową organizację stanu lekarskiego, a także na Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia, którym się imputuje brak życzliwości i poparcia dla zasady ubezpieczenia na wypadek choroby.

Powszechne już dziś żądanie nowelizacji jest dowodem, że zmiana obecnego stanu rzeczy jest konieczna. Zarząd Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej musi jednak przyznać, że nie ma żadnej nadziei, by nowelizacja wprowadzona arbitralnie, jednostronnie, z pominięciem opinji powołanej reprezentacji stanu lekarskiego — mogła złu zaradzić.

Zarząd Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej jest zdania, że naprawę obecnego stanu rzeczy można osiągnąć tylko przez takie zmiany w ustroju i działaniu Kas Chorych, które zabezpieczą przedewszystkiem dobro chorego i uwzględnią położenie stanu lekarskiego, który sam musi określić warunki moralne i materjalne swojej współpracy i granice ustępstw, do których posunąć się może, bez narażenia godności wolnego zawodu i poziomu tej pomocy, której na podstawie wielowiekowej tradycji ma prawo oczekiwać chory.

Dzisiejszy stan Kas sprowadzony był w znacznej części przez zbyt pospieszne wprowadzenie ustawy i przez arbitralne, celowe pominięcie stanu lekarskiego, który zaskoczony faktem dokonanym nie mógł się wypowiedzieć i nie może być odpowiedzialnym za nieubłagane konsekwencje nie przez siebie popełnionych błędów.

Zarząd Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockie nie wypowiedział sie jeszcze w sprawie Kas Chorych, gdyż zdawał sobie doskonale sprawę z tego, że przez pewne sfery Kasy Chorych są traktowane wyłącznie jako atut polityczny, a nie chcąc i nie mogąc posługiwać się demagogją, rozumiał, że nic trafi do celu rzeczowemi argumentami; zrozumiał także, że nie da się osiągnąć istotnej naprawy przez wprowadzenie do statutu zmian drugorzędnych.

Wady w ustroju Kas Chorych są wielką troską stanu lekarskiego, gdyż przeszkadzają one lekarzom w spełnianiu obowiązków w sposób jedynie zgodny z dobrem chorego.

Po zaprowadzeniu Kas Chorych sytuacja gospodarcza stanu lekarskiego uległa znacznej zmianie na gorsze; grupa lekarzy nie pracująca w Kasach, a poprzestających na pracy szpitalnej, oraz prywatnej praktyce, została pozbawiona znacznej części pacjentów, lekarzy zaś kasowych stosunki te postawiły w takich warunkach, że poza godzinami pracy w Kasie koniecznemi do uzyskania minimum egzystencji, nie mają możności dalszego doskonalenia się ze względu na nadmierne wyczerpanie rodzajem intensywnej pracy w ambulatorjach, gdzie chodzi o udzielenie porady możliwie największej liczbie chorych,w możliwie najkrótszym czasie. System tego rodzaju pracy, sprzeczny z dotychczasową tradycją stanu lekarskiego, która się opiera na doświadczeniach wieków pracy zawodowej i myślach wielkich ludzi, poderwie zaufanie chorego do lekarza, doprowadzi niechybnie do obniżenia poziomu wiedzy i sztuki lekarskiej i w konsekwencji odbije się na losie chorego. Nie można zamykać oczu na to, że dwa czyniki najważniejsze w tem ubezpieczeniu t. j. chory i lekarz, znajdują się względem siebie w stosunku przymusu, który ciąży obu stronom, a pochodzi to stąd, że administracja — ten trzeci czynnik, ma zbyt duże nie wynikające z istotnej potrzeby przywileje, wciśniętą jest między chorego i lekarza i na każdym kroku ingeruje w sposób przewyższający jego kompetencje, a często w sposób szkodliwy dla lecznictwa.

Dla naprawy tego stanu rzeczy i dla usunięcia atmosfery walki, potrzebne jest oddzielenie sprawy ubezpieczenia od sprawy lecznictwa. To ostatnie powinien zorganizować jedynie w tym względzie kompetentny stan lekarski, który przez swoje organizacje powinien opracować odnośne umowy, a te po uzyskaniu zgody obustronnej wkładałyby na stan lekarski obowiązek zorganizowania lecznictwa, za którego należyte funkcjonowanie lekarze byliby odpowiedzialni. Na wszystkich stopniach urzędów administracyjnych, dotyczących tego ubezpieczenia, aż do najwyższych, lekarze powinni mieć swoich przedstawicieli, by się mogli wypowiadać w sprawach ubezpieczenia od choroby, o ile dotyczą lecznictwa.

Przypisywanie lekarzom winy w gorszących zatargach między nimi a Zarządami Kas. obwinianie organizacyj lekarskich, próby wprowadzenia specjalnych sankcji przeciwko lekarzom, które są niedopuszczalne w praworządnem Państwie i w których możność urzeczywistnienia nikt nie uwierzy — do celu oczywiście nie prowadzą.

Dzisiejszy stan rzeczy jest zły i przewidywać należy, że stosunek między lekarzami, a Zarządami Kas będzie się nawet pogarszał, gdyż większość i tych lekarzy rozczaruje się do Kas, którzy dziś przy nich stoją.

Dlatego Zarząd Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej jest zdania, że jeżeli chodzi o istotne zażegnanie grożących niebezpieczeństw, należy zaniechać traktowania Kas jako atutu politycznego i przystąpić lojalnie do zbadania i usunięcia istotnych przyczyn walki, której wyrazem są poszczególne zatargi.

W tym celu Zarząd Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej występuje z wnioskiem, aby Administracja Publiczna przez upoważnione do tego organy swoje weszła w porozumienie z upoważnioną przez ogół zrzeszeń lekarskich reperezentacją stanu lekarskiego w postaci delegacji, dla rozpoczęcia niezwłocznych narad nad stworzeniem warunków, które umożliwią spokojne i skuteczne zastosowanie w życiu ubezpieczenia od choroby jako dobrodziejstwa dla ludności.

Zarząd Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej wniosek powyższy przedstawia, gdyż mniema, że jest czas najwyższy oficjalnie wysłuchać w tej sprawie upoważnioną reprezentację lekarską; mniema także, że jest to jedyna droga do uzyskania podstawy do skutecznej nowelizacji — przynajmniej w zakresie lecznictwa.

Naczelnik Izby *A. Przyborowski.* Pisarz Izby w z. *J. Mazurek.*

Sprawy śląskie.

Motywy odłączenia się lekarzy Polaków od Okręgu Śląskiego Związku Lekarzy Państwa Polskiego, są zdaje się, tak znane całemu ogółowi lekarskiemu, że chyba nie mam potrzeby głębiej zastanawiać się nad nimi. W każdym razie przez tę swoją secesję dali Polacy dowody, że nie są zwykłymi zjadaczami chleba, a że stokroć bardziej leży im na sercu dobro i pomyślność ludu Polskiego Śląskiego. Jeśli uprzytomnić sobie, że to właśnie Polacy z wielkim wysiłkiem ów Związek przed przeszło 3 laty skojarzyli celem walki ekonomicznej i że tę walkę społeczeństwo lekarskie tutejsze walnie wygrało dzięki spoistości swojej i nadzwyczajnej dyscyplinie. stanie się zrozumiałem, że nie z lekkiem sercem decydowali się Polacy na ten rozłam, tembardziej, że będąc w mniejszości i zależności do tego od wielu czynników, im nieprzychylnych, musieli się spodziewać reakcji przeciw sobie, głównie, rozumie się, skierowanej przeciw polskiemu stanowi posiadania.

Ale to trudno, jeśli miały miejsce fakty, że lekarz zaufania niemiec, mógł na plenarnem posiedzeniu Zarządu Spółki Brackiej (największa tut. Kasa chorych) odważyć się powiedzieć, jakoby lud na Śląsku nie był zadowolony z lekarza polaka i że jakoby lekarze polacy swoją znajomością rzeczy nie dorównywali niemcom lub miał czelność wygłaszać inne tego rodzaju insynuacje albo jeśli okazało się, że lekarz niemiec zakontraktowany w Kasie chorych, mógł powiedzieć polakowi: „jak pan przychodzi do mnie, musi się pan nauczyć po niemiecku", a oprócz tego jeśli dowiadywaliśmy się o całym szeregu wykrzyków antypolskich ze strony lekarzy niemieckich, które inicjatorom uchodziły zupełnie bezkarnie, to już chyba sama ambicja narodowa wymagała od polaków położenia kresu temu stanowi.

Stworzono też Związek lekarzy polaków, identyczny ze Zwiazkiem Lek. Państwa Polskiego, dając mu nazwę „gospodarczego". Przy tej sposobności wyświetliło się, że posiadamy już w naszem gronie przeszło 110 polaków, kiedy jeszcze bardzo niedawno obliczaliśmy ledwo na połowę nasze siły. Okazało się dalej, że nasz polski Związek zdobył sobie ogromną popularność w sferach tutejszej ludności i rozwiązał ręce nie tylko nam, ale i wielu innym osobom z poza ciała lekarskiego.

Wkrótce też dowiedzieliśmy się, że Spółka Bracka wymówiła kontrakty 9 lekarzom obywatelom niemieckim, w obronie których, rozumie się, nie potrzebowaliśmy więcej interweniować, jakby to

wynikać musiało z solidarności koleżeńskiej przy należeniu do jednego ogólnego Związku. Podobno taki sam los spotkał jeszcze kilkunastu lekarzy z różnych Kas chorych, którzy przez przeciąg 4 lat nie zdążyli się wyuczyć języka krajowego, zmuszając ludność polską do porozumiewania się z nimi w języku niemieckim.

Prasa niemiecka tutejsza rozpętała z tej racji szaloną nagonkę na polaków za „ucisk niemców w Polsce", ale Związek lekarzy polaków z dokumentami w ręku zamknął jej usta, bo okazało się, że to właśnie niemcy prowadzili i prowadzą po dziś dzień politykę eksterminacyjną na Śląsku, z wielkim trudem dopuszczając polaka do chleba.

Już zeszłego roku sprawa ta zaczęła się zaostrzać, w wyniku czego zgodziliśmy się między innemi na zaprowadzenie na kolejach tutejszych instytucyj lekarzy rejonowych wbrew naszym stałym postulatom: wolnego wyboru lekarza i opłaty jednostkowej. Dziś prawie po roku musimy, niestety, przyznać, że popełniliśmy błąd, i tak jak wszędzie w Polsce, i u nas pomoc ta lekarska dla urzędników kolejowych etatowych (dla nieetatowych pozostała Kasa chorych) nie stanęła na wysokości zadania.

To też z radością witamy projekt Sejmowy o zerwaniu z systemem, panującym na kolejach w Polsce według pierwowzorów rosyjskich i wprowadzenia wszędzie na wzór Poznania, Pomorza i Śląska Kas chorych kolejowych z wolnym wyborem lekarza (ale chyba zorganizowanych?).

Dziwnem się też wydaje, że Wojewódzki Wydział Zdrowia tutejszy w obliczu zapowiadających się zmian w kierunku udzielania pomocy lekarskiej urzędnikom państwowym w myśl słusznych postulatów lekarskich, wyciągnął nistąd nizowąd z archiwum projekt utworzenia po różnych miastach specjalnych ambulatorjów. I to dzieje się po tem, kiedyśmy w roku zeszłym, niechcąc dezawuować rozporządzeń władz naszych w oczach ludności tutejszej, zgodzili się wreszcie roztoczyć opiekę lekarską nad urzędnikami państwowymi, zawierając ramową umowę z tymże Wydziałem która brzmiała: wolny wybór lekarza, opłata jednostkowa i żadnych ambulatorjów ad hoc stworzonych. Ano, jeśli komu zależy na mąceniu wody, wybrał sobie czas na to, akurat najodpowiedniejszy, przy dzisiejszym stanie umysłów u nas.

Smutnem tylko w tej sprawie jest stanowisko pewnych lekarzy wojskowych, którzy przyjmują na siebie rolę rozbijaczy jedności koleżeńskiej. Pojmujemy dobrze, że przy ich głodowych pensjach pragnęliby oni dochody swoje powiększyć, a też i my przecie nie bronimy się przeciw temu, i owszem każdy polak jest i będzie przez nas na Śląsku mile widziany, ale nigdy nie dopuścimy do tego, żeby pomiędzy nas zakradały się elementy, wprowadzające zamęt i anarchię do stosunków naszych. Zgadzamy się chętnie na równe prawa ale żądamy natomiast równych obowiązków.

Ze smutnych wiadomości mam do zanotowania niespodziewany zgon ś. p. dra Michała Kowalika, naczelnego lekarza Kolei i Urzędu Ubezpieczeń Społecznych. Był to typ gorącego patrjoty, który w najgorszych czasach ucisku wytrwał na swojem polskiem stanowisku.

Cześć Jego pamięci!

Dr. A. Sianowski (Huta Królewska).

LISTY DO REDAKCJI.

Do Redakcji „Polskiej Gazety Lekarskiej" we Lwowie.

Redakcja „Lekarza Kasy Chorych" uprzejmie prosi o umieszczenie poniższego oświadczenia:

W celu uniknięcia nieporozumień, redakcja „Lekarza Kasy Chorych" oświadcza, że jak to już niejednokrotnie zaznaczała (Nr. 3, str. 4.), nie jest organem Zrzeszenia Lekarzy Kasy Chorych m. Warszawy. Nie jest, i nie może nim być, bo „Lekarz K. Ch." broni nietylko sprawy lekarzy K. Ch. m. Warszawy, lecz sprawy lekarzy wszystkich wogóle Kas Chorych. Czasopismo to stoi na stanowisku dążenia do wspólnego wyboru lekarza, dąży do połączenia wszystkich lekarzy K. Ch. w jednym ogólnym dla całego Państwa Związku lekarzy i broni bezwarunkowej niezależności lekarzy od czynników administracyjnych Kas Chorych pod względem spraw lecznictwa. Inne ideały przyświecają znacznej części członków Zrzeszenia lekarzy K. Ch. m. Warszawy. Pomimo wywieranej presji, Lekarz K. Ch. w dalszym ciągu stać będzie na wyżej zaznaczonym stanowisku. Wszelką presję, w tej czy innej postaci, uważać należy za chęć nałożenia cenzury na organ niezależny, przeciw czemu redakcja „Lekarza Kasy Ch." protestuje jaknajgłośniej i jest pewna, że pod tym względem znajdzie poparcie całej prasy.

Z szacunkiem

Redakcja „Lekarza Kasy Chorych".

Wielce Szanowny Panie Redaktorze!

Proszę uprzejmie o zamieszczenie w najbliższym numerze Polskiej Gazety Lekarskiej następującego sprostowania w sprawie uwag pana prof. Baurowicza, dotyczących mego artykułu „Z kazuistyki wrodzonych zwężeń błoniastych krtani". P. Gaz. Lek. Nr. 2. 1926.

Przypadek wrodzonego zwężenia błoniastego krtani u dziecka jednorocznego czy według mojego dokładnego wyciągu z historji choroby 10-cio miesięcznego, uważany początkowo mylnie za laryngitis subchordalis, rozpoznałem p i e r w s z y przy pomocy laryngoskopji jako wrodzone zwężenie błoniaste krtani, w czem pan prof. Baurowicz przyznał mi rację.

Po wykonaniu przezemnie górnego rozcięcia tchawicy usiłowałem zgłębnikiem od spodu rozerwać tę przeponę krtaniową, której spoistość nie pozwoliła na przywrócenie całkowitej drożności krtani wobec czego musiano się uciec do rozszerzenia krtani czopkami Thosta. W artykule moim wyraźnie zaznaczyłem że leczenie następowe „p o l e g a ł o" na rozszerzaniu czopkami Thosta, a nie że leczenie to sam przeprowadzałem i niemam też w tym kierunku żadnych pretensji. Kiedy po zebraniu odnośnego piśmiennictwa, wyraziłem gotowość opisania powyższego przypadku ze strony czysto „k a z u i s t y c z n e j", pan frof. Baurowicz wręcz się temu sprzeciwił. Postanowiłem przeto przy nadawającej się sposobności upomnieć się o moje prawa o pierwszeństwo do tego przypadku.

Alfred Laskiewicz (Poznań).

Lwów, d. 22. II. 1926. r.

Szanowna Redakcjo!

Proszę uprzemie o zamieszczenie w najbliższym numerze Polskiej Gazety Lekarskiej odpowiedź na pismo p. prof. Dr. Ludwika Skubiszewskiego. (P. G. L. Nr. 8. (21. II. 1926.).

W odpowiedzi na pismo Pana Prof. Dra. Ludwika Skubiszewskiego.

W artykule mym ogłoszonym w P. G. Lek. Nr. 2., w roku 1926, nie uwzględniłem pracy p. prof. Dr. Skubiszewskiego nad mikrofizjologją przysadki mózgowej. Dopuściłem się tego samego grzechu w stosunku do dziesiątek, a może i setek prac innych, traktujących o przysadce, czy też o poliurji. Ciekawego problemu, jaki zachodzi stosunek pomiędzy bazofilami a poliurją, problemu poruszonego pomiędzy innymi przez p. prof. Dr. Skubiszewskiego nie uwzględniłem wobec krytyki prof. Dr. W. Berblingera: Der Hypophysenvorderlappen bei Nierenkrankheiten. Bemerkungen zu Skubiszewskis Arbeit: Die Mikrophysiologie der Hypophysis cerebri i 526 Bande dieses Archivs. — Virchows Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie, Band 258, Heft 1/2.

Dr. Rudolf Arend.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Kraków.

K r a k o w s k i e T o w a r z y s t w o L e k a r s k i e. We środę 10. b. m. o 0,15 wiecz. posiedzenie naukowe. Na porządku dziennym demonstracje. Z klin. dermatologicznej: Prof. Walter. Z Państw. Szkoły położnych: Dr. Markowa, Dr. Niewola, Dr. Dukiet. Z II. Klin. medycznej: Dr. Adamowicz (4 przyp.), Dr. Szczeklik (4 przyp.), Dr. Feliks (2 przyp.), Dr. Dzerowicz (1 przypadek). Doc. Tempka (1 przyp.).

Redakcja otrzymała:

W. Lindeman: „Podstawy ratownictwa zatrutych gazami". Jest to wydane staraniem Towarzystwa obrony przeciwgazowej z funduszu im. Wł. Rabskiego bardzo celowo i nieźle ujęte pouczenie popularne, o schorzeniach wywołanych działaniem gazów i sposabach niesienia pomocy osobnikom dotkniętym takiemi schorzeniami.

L. Zembrzuski, pułkownik. „Michał Bergonzoni 1748—1819, karta z dziejów medycyny wojskowej i społecznej w Polsce, uwydatniająca zasługi tego wielce zasłużonego organizatora wojskowej służby sanitarnej w okresie rozbiorów Księstwa Polskiego, tudzież w czasie istnienia Księstwa Warszawskiego.

Stefan Bagiński, Wilno. Badania doświadczalne nad ciałami tłuszczowatemi w nadnerczach ssaków.

Edward Rosset: Zagadnienia gospodarki samorządowej miasta Łodzi.

Sprostowanie.

W pracy prof. O. Bujwida p. t. „Przyczynek do historji bakterjologji w Polsce" ogłoszonej w nr. 10. Pol. Gaz. lek. z r. 1926 wydrukowano na str. 172, pierwsza szpalta, wiersz 24 od góry „Grimicae" zamiast „Grimmicae".

Od Wydawnictwa.

P. T. Abonamentom, którzy dotychczas nie uiścili prenumeraty za kw. I b. r wstrzymujemy dalszą wysyłkę czasopisma od nr. 13-go.

Równocześnie zawiadamiamy, że wskutek wzrostu kosztów wydawnictwa zmuszeni jesteśmy do podwyższenia prenumeraty w II-gim kwartale na 14 Zł. Prosimy o wyrównanie załączonym czekiem P. K. O.

Wykładów Lekarskich nr. 3—4

ukazał się w druku p. t. »Wrzód okrągły żołądka i jego leczenie« Dr. Jana Zaorskiego. Cena podwójnego zeszytu 2 zł 50 gr (dla prenumeratorów Pol. Gazety Lek. 2 zł.) Abonenci życzący sobie otrzymać tę pracę zechcą nadesłać 2 zł do Administracji P. G. L. we Lwowie ul. Rutowskiego 9. z podaniem dokładnego swego adresu, oraz numeru zeszytu, za który płacą. Wysyłka nastąpi odwrotnie.